

La salut a Barcelona 2006



Ciutat Vella	46,21
Eixample	31,22
Sants - Montjuïc	46,14
Les Corts	24,74
Sarrià - Sant Gervasi	30,05
Gràcia	22,29
Força - Guinardó	10,56
Nou Barris	49,49
Sant Andreu	44,56
Sant Martí	

La salut a Barcelona 2006

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, i tercera tinenta d'alcalde de l'Ajuntament de Barcelona
Imma Mayol i Bertran

Regidor ponent de Salut Pública
Ignasi Fina i Sanglès

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Joan Guix i Oliver

Adjunt de gerència de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Joan Ramon Villalbí i Hereter

Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Carme Borrell i Thió

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica


Disseny gràfic:
disseny@jotaerra.com

Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Ajuntament de Barcelona

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Impressió:
Primer Segona Edicions

Desembre 2007

 Imprès sobre paper reciclat

La salut a Barcelona 2006

Coordinació general de l'informe

Anna García-Altés (ASPB).

Redacció

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Carme Borrell (ASPB).

Qui som

Immaculada Cortés (ASPB), Anna García-Altés (ASPB), Pep Gómez (OSB), Xavier Mayo (DRC), Katherine Pérez (ASPB) i Carlos Salanova (DRC).

Com vivim

Josep Arqués (ASPB), Vicent Beneyto (ASPB), M. Teresa Brugal (ASPB), Sandra Burgos (ASPB), Mireia Fontcuberta (ASPB), Antoni Giral (Parcs i Jardins), Manuel González-Cabré (ASPB), José Gracia (ASPB), Esther Jordà (CSB), Nino Künzli (IMIM-CREAL), M. José López (ASPB), Tomàs Montalvo (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Laura Pérez (IMIM-CREAL), Alfonso Pozuelo (CSB), Montserrat Puigdollers (CSB), Judith Rifà (CEB), Elvira Torné (CSB), Natalia Valero (ASPB), Joan Ramon Villalbí (ASPB) i Corinne Zara (CSB).

La nostra salut

Enric Azlor (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Roser Clos (ASPB), Immaculada Cortés (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Enrique Muñoz (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Katherine Pérez (ASPB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB), Joaquín Salvador (ASPB) i l'equip d'infermeria del Servei d'Epidemiologia (ASPB).

Monogràfic: Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006

Maica Rodríguez-Sanz (ASPB) i Carme Borrell (ASPB).

Monogràfic: Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

Martí Casals (ASPB), Pilar Pila, Joan Pau Millet (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Joan Batalla (ASPB), Josep M. Jansà (ASPB) i Joan A. Caylà (ASPB).

Monogràfic: La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

Joan Pau Millet (ASPB) i Joan A. Caylà (ASPB).

Monogràfic: El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007

Servei d'Epidemiologia (ASPB).

Monogràfic: Les antenes de telefonia mòbil i la salut

Núria Calzada (ASPB), Manuel González-Cabré (ASPB), Sandra López (DSAU), Amina Omar (DSAU), Alex Oleza (DSAU) i Jaume Duch (DSAU).

Monogràfic: Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

Assumpció Bolao (ISAS), Ferran Tàpia (ISAS) i Júlia Duran (ISAS).

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona.
CEB: Consorci d'Educació de Barcelona
CREAL: Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental
CSB: Consorci Sanitari de Barcelona.
DRC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona.
DSAU: Direcció de Serveis d'Actuació Urbanística, Ajuntament de Barcelona.
IMIM: Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
OSB: Observatori Social Barcelona, Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona.

Índex: La salut a Barcelona 2006

Presentació	7	5
Resum executiu	8	
Resumen ejecutivo	11	
Executive Summary	14	
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut	17	
Qui som	19	
La situació demogràfica	20	
La situació socioeconòmica	21	
Les condicions de vida	24	
La mobilitat a Barcelona	26	
Com vivim	29	
El medi ambient	30	
L'aire	30	
Les aigües de consum de proveïment públic	32	
La seguretat alimentària	33	
Els animals urbans	36	
Els espais públics oberts i confinats	37	
Els serveis sanitaris	39	
L'atenció primària de salut	39	
L'atenció a les urgències	40	
L'atenció especialitzada hospitalària	41	
L'atenció sociosanitària	42	
L'atenció a la salut mental	43	
L'atenció a les drogodependències	44	
La prestació farmacèutica	46	
Les accions en salut pública	47	
La nostra salut	51	
La salut maternoinfantil	52	
Els problemes de salut específics	54	
La tuberculosi	54	
La infecció per VIH-sida	56	
Les lesions per accidents	58	
Les lesions per col·lisions de trànsit	58	
Les lesions per accidents de treball	59	
La mortalitat	60	
Monogràfics	63	
Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006	64	
Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)	68	
La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)	71	
El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007	75	
Les antenes de telefonia mòbil i la salut	78	
Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN...	81	
La salut a Barcelona 2006 en xifres	85	



Presentació

7

Per primer cop en la meua funció de delegada de Salut Pública i presidenta de l'ASPB, tinc la satisfacció de poder presentar una nova edició de *La salut a Barcelona*, que ja fa vint-i-quatre anys que es presenta i es debat al Consell Plenari Municipal de l'Ajuntament de Barcelona. En aquest cas, vull destacar aspectes tant de seguiment de l'estat de salut de la població de Barcelona com d'algunes de les polítiques endegades que considero importants.

Aquest informe ens mostra com, en els darrers anys, hem assistit a canvis importants, tant demogràfics com epidemiològics i de comportament. L'impacte de la immigració té repercussió en el rejoeniment poblacional, que es pot veure també reflectit en els indicadors de salut maternoinfantil. Els canvis en els comportaments de la població poden veure's en els patrons de consum de drogues il·legals, especialment en la població més jove, i el seu impacte en la salut.

Enguany també destaca el descens en el nombre de col·lisions per accidents de trànsit amb víctimes, la disminució de la incidència de tuberculosi en la població general, la bona qualitat de l'aigua de consum de proveïment públic i la millora constant de l'aire de la ciutat. La infecció per VIH-sida i les desigualtats en salut, però, segueixen sent problemes de salut pública importants.

L'informe també incorpora, amb la col·laboració del Consorci Sanitari de Barcelona, el seguiment dels indicadors de serveis sanitaris i d'aquells aspectes de la planificació de serveis més vinculats als problemes de salut de la ciutat. Aquest any destaca la creació de les oficines de gestió clínica de pacients a l'atenció primària de salut, el pla de millora de les estructures dels equipaments sociosanitaris i el desplegament de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària. Les accions de suport a la Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i la potenciació del Programa salut i escola són dos dels temes que han ocupat als serveis de salut pública a la ciutat.

Aquest nou informe de salut és un reflex de la capacitat sostinguda de l'ASPB d'anàlisi i seguiment de la realitat sanitària, una experiència que, a més de ser pionera a l'Estat espanyol, encara és a l'abast de poques ciutats europees, i que és reconeguda internacionalment. L'informe reflecteix el nostre model de pràctica de la salut pública basada en l'evidència, a partir de la monitorització, l'avaluació i la recerca, però també vol significar la nostra voluntat de difondre la informació sobre l'estat de salut de la població a la ciutadania de Barcelona, en els diferents àmbits polítics, tècnics, acadèmics i socials, i a totes aquelles persones interessades.

No voldria concloure sense recordar l'Ignasi Fina, que va ser regidor de Salut Pública i traspasat abans d'acabar el mandat anterior. Que aquestes línies serveixin com a homenatge i agraïment a tota una vida dedicada a la millora de les condicions de vida dels barcelonins i barcelonines.

Isabel Ribas

Delegada de Salut Pública

Ajuntament de Barcelona

Presidenta

Agència de Salut Pública de Barcelona

Resum executiu

8

Qui som

La situació demogràfica

La població de Barcelona és de 1.605.602 persones: el 47,5% són homes i el 52,5% són dones. El percentatge de persones majors de 74 anys segueix augmentant i representa el 7,8% dels homes i el 13,4% de les dones. La població de nacionalitat estrangera segueix creixent i és del 16,5%.

La situació socioeconòmica

Segueix augmentant la taxa d'activitat i d'ocupació de les dones. Novament, es posa en evidència la segregació horitzontal i vertical que pateixen les dones: hi ha 51 ocupacions en què només hi treballen homes i 15 exclusivament dones, i el 27% dels homes ocupats tenien persones al seu càrrec en el lloc de treball, mentre que en el cas de les dones aquest percentatge és del 15%.

Les condicions de vida

La renda familiar disponible per càpita ha estat de 16.555 € el 2005, amb un increment anual del 4,2% des del 2000. L'esforç que una família ha de fer per comprar un habitatge mitjà de nova planta, destinant tota la seva renda disponible, ha passat de 8,2 a 13,3 anys en el període 2000-2006. El 6,5% de la població de la ciutat té algun tipus de discapacitat reconeguda.

La mobilitat

Els residents de la regió metropolitana de Barcelona de 16 o més anys realitzen 6,1 milions de desplaçaments amb origen i/o destinació Barcelona ciutat, la majoria efectuats per barcelonins, i un 23,3% per residents de la resta de la regió.

Com vivim

El medi ambient

Per a tots els contaminants, excepte el diòxid de nitrogen i la fracció de partícules respirables PM₁₀, la qualitat de l'aire ha estat similar i, fins i tot, una mica millor que l'any 2005. L'aplicació de les mesures del Pla d'actuació per a la reducció

de la contaminació per òxids de nitrogen i PM₁₀ ha de permetre el compliment dels valors límit l'any 2010.

A més de l'autocontrol de la qualitat de l'aigua per part dels gestors del subministrament, l'ASPB ha de fer el control a l'aixeta del consumidor, incloent-hi els habitatges i els edificis amb activitats comercials i públiques. Les accions en curs per a la instal·lació de la planta dessaladora i l'aplicació de tecnologies avançades de tractament de l'aigua a les plantes d'Abrera i Sant Joan Despí suposaran una important millora dels paràmetres més conflictius de l'aigua subministrada, com ara els trihalometans i el sabor.

Els serveis de control alimentari redueixen els riscos per a la salut dels consumidors de Barcelona. El percentatge de disconformitats respecte dels límits legalment establerts és baix, i es manté la tendència dels últims anys.

Tot i que el nombre de gossos entrats al Centre d'Acol·lida d'Animals de Companyia de Barcelona s'ha mantingut estable i ha augmentat el nombre de gossos perduts trobats pel seu propietari, les dades d'abandonaments són encara elevades. Enguany l'estratègia de control per combatre el mosquit tigre a la ciutat s'ha reforçat amb la figura de l'informador ambiental.

La qualitat de l'aigua i la sorra de les platges s'ha mantingut dins dels límits que fixa la normativa. Falta informació adequada sobre els nivells de contaminació de l'aire en ambients confinats.

Els serveis sanitaris

Els equips d'atenció primària han atès un total de 1.125.316 persones, que correspon al 69,3% del total de la població assegurada. Amb l'objectiu d'adequar la gestió dels recursos sanitaris a la proximitat ciutadana i de reforçar la continuïtat assistencial, s'ha creat l'oficina de gestió clínica de pacients.

L'atenció a les urgències s'ha incrementat en la darrera dècada, i destaca l'augment en l'àmbit extrahospitalari, sobretot les visites realitzades pel CCU-061 i les ateses en l'atenció primària continuada.

La taxa d'hospitalització ha estat superior en les dones que en els homes. Els procediments quirúrgics més freqüents en les dones són les operacions del sistema musculoesquelètic, les operacions d'ulls i els procediments obstètrics; en els homes destaquen les operacions de l'aparell digestiu, les del sistema musculoesquelètic i les operacions d'ulls.

Pel que fa a l'atenció sociosanitària, durant aquest any s'ha continuat amb el Pla de millora de les estructures dels equipaments sociosanitaris de la ciutat i s'han constituït quatre comissions de coordinació sociosanitàries.

Amb el desplegament de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària, els equips disposaran de professionals especialitzats de suport, es milloraran els programes de prevenció i promoció de



la salut i s'inclouran intervencions psicològiques individuals i grupals.

A Barcelona, tot i haver baixat el nombre d'inicis de tractament per heroïna, als centres de tractament encara s'atenen sobretot heroïnòmans. El nombre més elevat d'urgències, l'ocasiona la cocaïna, sola o acompanyada d'opiacis. Cal destacar l'elevat índex de freqüentació dels usuaris que prenen heroïna o algun altre opiaci.

Cinc subgrups terapèutics (antidepressius, hipolipemians, broncodilatadors, antiúlceres pèptics i antipsicòtics) han representat un 31,9% del total de la despesa en especialitats farmacèutiques. El percentatge d'envasos de genèrics dispensats ha estat d'un 21,5%, xifra que representa un increment del 16,6% respecte a l'any anterior.

Les accions de suport a la Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme, que va entrar en vigor a l'Estat espanyol l'1 de gener de 2006, i la potenciació de la intervenció preventiva a la població adolescent, que s'estava duent a terme a Barcelona des de l'inici dels anys 90 amb el Programa salut i escola, són dos dels temes que han ocupat als serveis de salut pública a la ciutat.

La nostra salut

La salut maternoinfantil

Els darrers anys la natalitat s'ha incrementat de forma constant, en part, a causa dels naixements de dones immigrades de països en vies de desenvolupament. L'any 2005 la taxa de natalitat va ser de 9,2 naixements per 1.000 habitants, i la taxa de fecunditat, de 36,8 naixements per 1.000 dones de 15 a 49 anys. Els embarassos no planificats no s'han reduït des de l'any 2000, i les dones joves, les dels grups més desfavorits i les de països en vies de desenvolupament són les que més IVE fan.

Els problemes de salut específics

La tuberculosi

La incidència de tuberculosi segueix disminuint, i el decrement mitjà anual des de l'any 2000 se situa en un 4%. L'any 2006, el 44% dels casos corresponen a persones que han nascut fora de l'Estat espanyol, i la incidència de la malaltia en

les persones immigrades és tres vegades superior a la de les autòctones. La millora observada en el compliment del tractament i l'estudi dels contactes en immigrants s'ha de mantenir, tot garantint els recursos necessaris per arribar a aquesta població.

La infecció per VIH-sida

La infecció per VIH-sida continua sent un problema de salut pública, malgrat que l'any 2006 ha disminuït el nombre de casos de sida, tant en homes com en dones. La infecció és més freqüent en els homes, i la via de transmissió més freqüent són les relacions homosexuals desprotegides. En les dones, la via més freqüent són les relacions heterosexuals. Cal seguir insistint en la importància de la declaració dels nous diagnòstics de VIH.

Les lesions per accidents

Les lesions per col·lisions de trànsit

El nombre de col·lisions de trànsit amb víctimes ha tornat a disminuir, després que l'any anterior es va trencar la tendència decreixent dels últims 4 anys. Atès que en una col·lisió hi pot haver implicat més d'un vehicle, s'observa que ha disminuït el nombre de col·lisions on no hi havia implicades motocicletes, però que continua augmentant el nombre de col·lisions en les quals sí n'hi havia.

Les lesions per accidents de treball

L'any 2006 s'han produït 11 lesions mortals més que l'any anterior per accident de treball de causa natural i 9 més per altres tipus d'accident traumàtic. Les lesions per accident de treball relacionades amb desplaçaments per motius de feina han estat més freqüents en persones amb ocupacions de tipus manual, sobretot les *in itinere*.

La mortalitat

L'esperança de vida de la població barcelonina es manté estable, essent l'any 2005 de 77 anys per als homes i de 84 anys per a les dones. Malgrat que la mortalitat ha disminuït la darrera dècada, en ambdós sexes i en tots els grups socioeconòmics existeixen desigualtats, de manera que la mortalitat és sempre més elevada en la població sense estudis i disminueix en augmentar el nivell educatiu. Cal assenyalar que les desigualtats existents es mantenen estables, mentre que en la majoria de països desenvolupats tendeixen a augmentar.

Monogràfics

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006

L'any 2006, la població barcelonina ha declarat tenir un bon estat de salut. Tanmateix, part de la població ha declarat patir d'alguns problemes, com el patiment psicològic, l'accidentalitat, l'obesitat o la discapacitat en gent gran. La majoria de la població ha

Resum executiu

10

manifestat tenir uns estils de vida saludables, malgrat que el consum de tabac, d'alcohol i d'altres substàncies il·legals ha augmentat en la població més jove, i part de la població infantil no ha portat una alimentació saludable i ha practicat activitats sedentàries. L'atenció primària ha tingut una valoració positiva i ha augmentat la seva freqüentació, fet que no es dona a l'atenció especialitzada. També ha augmentat la realització de pràctiques preventives respecte de l'any 2001. Per tal de plantejar una planificació sociosanitària racional i equitativa, cal tenir en compte les desigualtats socioeconòmiques i de gènere, així com la nova realitat sociodemogràfica de la ciutat (l'envelliment de la població i la immigració).

Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

Els 20 anys de seguiment de la població que vivia al Camp de la Bota han evidenciat incidències de drogoaddicció, empresonaments, sida i tuberculosi molt superiors a les de la població general. Les polítiques de salut pública, més enllà d'intervenir en aquestes poblacions marginals, haurien d'anar enfocades a prevenir la seva aparició.

La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

El col·lectiu més afectat pel paludisme és el d'immigrants de zones endèmiques, però els més vulnerables són els seus fills i filles, quan van de visita al país d'origen dels pares, i els turistes que no segueixen les recomanacions de prevenció. Les mesures recomanades durant el viatge són utilitzar repel·lent, dormir sota una mosquitera i prendre abans, durant i després del viatge els comprimits prescrits pel centre especialitzat. La detecció precoç és fonamental, ja que la mortalitat per malària en el nostre context es dona entre turistes que visiten zones de l'Àfrica subsahariana i que no realitzen quimioprofilaxi.

El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007

Durant la temporada 2006-2007, a la ciutat s'han detectat 106 casos de xarampió, dels quals un 93,4% s'han pogut confirmar. Hi ha hagut casos en tots els districtes municipals i en 28 dels 38 antics barris. El 84% dels malalts han estat persones sense antecedents de vacunació, perquè, en la seva majoria, no els corresponia per la seva edat. Només 6 dels casos eren persones no vacunades per qüestions personals. Des de l'ASPB s'han realitzat 41 intervencions de revisió de carnets vacinals i la corresponent vacunació en llars d'infants i escoles (1.461 dosis de vacuna triple vírica administrades).

Les antenes de telefonia mòbil i la salut

Una de les radiacions electromagnètiques d'origen natural o antropogènic a les quals s'està exposat és l'associada a la telefonia mòbil. Segons l'OMS, no hi ha evidència científica concloent que aquests camps electromagnètics de baixa intensitat siguin perjudicials per a la salut de les persones. Tanmateix, i fins que no es disposi de més evidència científica de la seva innocuïtat, s'ha recomanat l'adopció del principi de precaució. Les mesures i les distàncies que s'han aconsellat internacionalment es basen en aquest principi i ofereixen protecció amb amplis marges de seguretat.

Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

La classificació d'establiments és una eina útil per dirigir i millorar l'homogeneïtat de l'acció de vigilància, de forma complementària a altres mètodes. L'ús d'aquesta tècnica ha permès valorar puntualment la situació higienicosanitària de diferents sectors alimentaris i avaluar-ne els progressos obtinguts. El SISCERR-BCN racionalitza l'acció de vigilància en les activitats de control permanent i dirigeix els recursos cap a les àrees de més risc. En l'actualitat el SISCERR-BCN es troba ja en la seva tercera revisió, segons l'experiència acumulada en la seva aplicació.

Resumen ejecutivo

Quiénes somos

La situación demográfica

La población de Barcelona es de 1.605.602 personas: el 47,5% son hombres y el 52,5% son mujeres. El porcentaje de personas mayores de 74 años sigue aumentando y representa el 7,8% de los hombres y el 13,4% de las mujeres. La población de nacionalidad extranjera sigue creciendo y es del 16,5%.

La situación socioeconómica

Sigue aumentando la tasa de actividad y de ocupación de las mujeres. De nuevo se pone en evidencia la segregación horizontal y vertical que sufren las mujeres: hay 51 ocupaciones en las que sólo trabajan hombres y 15 exclusivamente mujeres, y el 27% de los hombres ocupados tenían personas a su cargo en el lugar de trabajo, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje es del 15%.

Las condiciones de vida

La renta familiar disponible per cápita ha sido de 16.555 € el 2005, con un incremento anual del 4,2% desde el 2000. El esfuerzo que una familia debe hacer para comprar una vivienda media de nueva planta, destinando toda su renta disponible, ha pasado de 8,2 a 13,3 años en el periodo 2000-2006. El 6,5% de la población de la ciudad tiene algún tipo de discapacidad reconocida.

La movilidad

Los residentes de la región metropolitana de Barcelona de 16 o más años realizan 6,1 millones de desplazamientos con origen y/o destino Barcelona ciudad, la mayoría efectuados por barceloneses, y un 23,3% por residentes del resto de la región.

Cómo vivimos

El medio ambiente

Para todos los contaminantes, excepto el dióxido de nitrógeno y la fracción de partículas respirables PM₁₀, la calidad del aire ha sido similar, e incluso, un poco mejor que en el año

2005. La aplicación de las medidas del Plan de actuación para la reducción de la contaminación para óxidos de nitrógeno y PM₁₀ debe permitir el cumplimiento de los valores límite para el año 2010.

Además del autocontrol de la calidad del agua por parte de los gestores del suministro, la ASPB se encarga de realizar el control en el grifo del consumidor, incluyendo las viviendas y los edificios con actividades comerciales y públicas. Las acciones en curso para la instalación de la planta desalinizadora y la aplicación de tecnologías avanzadas de tratamiento del agua en las plantas de Abrera y Sant Joan Despí supondrán una importante mejora de los parámetros más conflictivos del agua suministrada, como los trihalometanos y el sabor.

Los servicios de control alimentario reducen los riesgos para la salud de los consumidores de Barcelona. El porcentaje de disconformidades con respecto a los límites legalmente establecidos es bajo, manteniéndose la tendencia de los últimos años.

Aunque el número de perros recogidos en el Centro de Acogida de Animales de Compañía de Barcelona se ha mantenido estable y ha aumentado el número de perros perdidos reencontrados por su propietario, los datos de abandonos son aún elevados. Este año la estrategia de control para combatir el mosquito tigre en la ciudad se ha reforzado con la figura del informador ambiental.

La calidad del agua y la arena de las playas se ha mantenido dentro de los límites que fija la normativa. Falta información adecuada sobre los niveles de contaminación del aire en ambientes confinados.

Los servicios sanitarios

Los equipos de atención primaria han atendido a un total de 1.125.316 personas, que corresponden al 69,3% del total de la población asegurada. Con el objetivo de adecuar la gestión de los recursos sanitarios a la proximidad ciudadana y reforzar la continuidad asistencial, se ha creado la oficina de gestión clínica de pacientes.

La atención a las urgencias se ha incrementado en la última década, y cabe destacar el aumento en el ámbito extrahospitalario, principalmente las visitas realizadas por el CCU-061 y las atendidas en atención primaria continuada.

La tasa de hospitalización es superior en las mujeres que en los hombres. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en las mujeres son las operaciones del sistema musculoesquelético, las operaciones de ojos y los procedimientos obstétricos; en los hombres destacan las operaciones del aparato digestivo, las del sistema musculoesquelético y las operaciones de ojos.

En la atención sociosanitaria, durante este año se ha continuado con el Plan de mejora de las estructuras de los equipamientos sociosanitarios de la ciudad y se han constituido cuatro comisiones de coordinación sociosanitarias.

Resumen ejecutivo

12

Con el despliegue de la cartera de servicios de salud mental en la atención primaria, los equipos dispondrán de profesionales especializados de apoyo, se mejorarán los programas de prevención y promoción de la salud y se incluirán intervenciones psicológicas individuales y grupales.

En Barcelona, a pesar de haber bajado el número de inicios de tratamiento por heroína, en los centros de tratamiento aún se atiende sobre todo a heroinómanos. El número más elevado de urgencias es ocasionado por la cocaína, sola o acompañada de opiáceos. Cabe destacar el elevado índice de frecuentación de los usuarios que toman heroína o algún otro opiáceo.

Cinco subgrupos terapéuticos (antidepresivos, hipolipemiantes, broncodilatadores, antiúlceras pépticas y antipsicóticos) han representado un 31,9% del total del gasto en especialidades farmacéuticas. El porcentaje de envases de genéricos dispensados ha sido de un 21,5%, cifra que representa un incremento del 16,6% respecto al año anterior.

Las acciones de apoyo a la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que entró en vigor en España el 1 de enero de 2006, y la potenciación de la intervención preventiva en población adolescente, que se estaba llevando a cabo en Barcelona desde principios de los años 90 con el Programa salud y escuela, son dos de los temas que han ocupado a los servicios de salud pública de la ciudad.

Nuestra salud

La salud maternoinfantil

En los últimos años la natalidad se ha incrementado de forma constante, en parte, por causa de los nacimientos de mujeres inmigradas de países en vías de desarrollo. En el año 2005, la tasa de natalidad fue de 9,2 nacimientos por 1.000 habitantes, y la tasa de fecundidad, de 36,8 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años. Los embarazos no planificados no se han reducido desde el año 2000, siendo las mujeres jóvenes, las de los grupos más desfavorecidos y las de países en vías de desarrollo las que más IVE llevan a cabo.

Los problemas de salud específicos

La tuberculosis

La incidencia de tuberculosis sigue disminuyendo, situándose el decremento medio anual en un 4% desde el año 2000. El año 2006, el 44% de los casos han surgido fuera del Estado español, siendo la incidencia de la enfermedad en las personas inmigrantes tres veces superior a la de las autóctonas. La mejora observada en el cumplimiento del tratamiento y el estudio de los contactos en inmigrantes debe mantenerse, garantizando los recursos necesarios para llegar a esta población.

La infección por VIH-sida

La infección por VIH-sida continúa siendo un problema de salud pública, a pesar de que en el año 2006 ha disminuido el número de casos de sida, tanto en hombres como en mujeres. La infección es más frecuente en los hombres, siendo la vía de transmisión más usual las relaciones homosexuales desprotegidas. En las mujeres la vía más frecuente son las relaciones heterosexuales. Hay que seguir insistiendo en la importancia de la declaración de los nuevos diagnósticos de VIH.

Las lesiones por accidentes

Las lesiones por colisiones de tráfico

El número de colisiones de tráfico con víctimas ha vuelto a disminuir, después de que el año anterior se rompiera la tendencia decreciente de los últimos 4 años. Dado que en una colisión puede haber implicados más de un vehículo, se observa que han disminuido las colisiones en las que no había implicadas motocicletas, pero continúan aumentando las colisiones en las que sí había.

Las lesiones por accidentes de trabajo

El año 2006 se han producido 11 lesiones mortales más que el año anterior por accidente de trabajo de causa natural y 9 más por otros tipos de accidente traumático. Las lesiones por accidentes de trabajo relacionadas con desplazamientos por motivos de trabajo han sido más frecuentes en personas en ocupaciones de tipo manual, sobre todo las *in itinere*.

La mortalidad

La esperanza de vida de la población de Barcelona se mantiene estable, siendo en el año 2005 de 77 años para los hombres y de 84 años para las mujeres. A pesar de que la mortalidad ha disminuido la última década, en ambos sexos y en todos los grupos socioeconómicos existen desigualdades, de manera que la mortalidad es siempre mayor en la población sin estudios y disminuye al aumentar el nivel educativo. Cabe mencionar que las desigualdades existentes se mantienen estables, mientras que en la mayoría de países desarrollados tienden a aumentar.

Monográficos

Principales resultados de la Encuesta de salud de Barcelona de 2006

En el año 2006 la población de Barcelona ha declarado tener un buen estado de salud. Sin embargo, parte de la población ha declarado sufrir algunos problemas, como trastornos psicológicos, accidentalidad, obesidad o discapacidades en gente mayor. La mayoría de la población ha manifestado tener un estilo de vida saludable, a pesar de que el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias ilegales ha aumentado en la población más joven, y parte de la población infantil no ha tenido una alimentación saludable y ha realizado actividades sedentarias. La atención primaria ha tenido una valoración positiva y ha aumentado su frecuentación, hecho que no se reproduce en la atención especializada. También ha aumentado la realización de prácticas preventivas con respecto al año 2001. Para plantear una planificación sociosanitaria racional y equitativa es necesario tener en cuenta las desigualdades socioeconómicas y de género, así como la nueva realidad sociodemográfica de la ciudad (el envejecimiento de la población y la inmigración).

Seguimiento de la población de etnia gitana del barrio del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

Los 20 años de seguimiento de la población que vivía en el Camp de la Bota han evidenciado incidencias de drogadicción, encarcelamientos, sida y tuberculosis muy superiores a las de la población general. Las políticas de salud pública, más allá de intervenir sobre estas poblaciones marginales, deberían enfocarse a prevenir su aparición.

La situación del paludismo en Barcelona en los últimos 17 años (1989-2005)

El colectivo más afectado por el paludismo es el de inmigrantes de zonas endémicas, pero los más vulnerables son sus hijos, al ir de visita al país de origen de los padres, y los turistas que no siguen las recomendaciones de prevención. Las medidas de prevención recomendadas durante el viaje son utilizar repelentes, dormir

debajo de una mosquitera y tomar antes, durante y después del viaje los comprimidos prescritos por el centro especializado. La detección precoz es fundamental, ya que la mortalidad por malaria en nuestro contexto se da entre turistas que visitan zonas del África Subsahariana y que no realizan quimioprofilaxis.

El sarampión en Barcelona: una epidemia durante la temporada 2006-2007

Durante la temporada 2006-2007, han sido detectados en la ciudad 106 casos de sarampión, de los cuales un 93,4% se han podido confirmar. Ha habido casos en todos los distritos municipales y en 28 de los 38 antiguos barrios. El 84% de los casos han aparecido en personas sin antecedentes de vacunación, ya que, en su mayoría, no les correspondía por su edad. Sólo 6 de los casos correspondían a personas no vacunadas por cuestiones personales. Desde la ASPB se han realizado 41 intervenciones de revisión de carnets vacunales y la correspondiente vacunación en guarderías y escuelas (1.461 dosis de vacuna triple vírica administradas).

Las antenas de telefonía móvil y la salud

Una de las radiaciones electromagnéticas de origen natural o antropogénico a las que se está expuesto es la asociada a la telefonía móvil. Según la OMS, no hay evidencia científica concluyente de que estos campos electromagnéticos de baja intensidad sean perjudiciales para la salud de las personas. Sin embargo, y hasta que no se disponga de más evidencia científica sobre su inocuidad, se recomienda la adopción del principio de precaución. Las medidas y las distancias que se recomiendan internacionalmente se basan en este principio y ofrecen protección con amplios márgenes de seguridad.

Clasificación de establecimientos alimentarios con registro sanitario en función de su riesgo, SISCERR-BCN

La clasificación de establecimientos es un instrumento útil para dirigir y mejorar la homogeneidad de la acción de vigilancia, de forma complementaria a otros métodos. El uso de esta técnica ha permitido valorar puntualmente la situación higiénicosanitaria de diferentes sectores alimentarios y evaluar los progresos obtenidos. El SISCERR-BCN racionaliza la acción de vigilancia en las actividades de control permanente, dirigiendo los recursos hacia las áreas de más riesgo. En la actualidad el SISCERR-BCN se encuentra ya en su tercera revisión, según la experiencia acumulada en su aplicación.

Executive Summary

14

Who are we?

Demographic situation

Barcelona has 1,605,602 inhabitants: 47.5% are men and 52.5% are women. The percentage of the population over 74 continues to grow and represents 7.8% of men and 13.4% of women. Foreign nationalities continue to increase and represent 16.5%.

Socioeconomic situation

Activity and occupation rates continue to increase. Again, data show the horizontal and vertical segregation that women are suffering: there are 51 occupations with only male workers and 15 with only females, and 27% of working men had people under their supervision, while among working women the figure was 15%.

Living conditions

The disposable per capita family income in Barcelona was 16,555€ in 2005, with an annual increase of 4.2% since 2000. The number of years needed to buy a new mid-range house or apartment using all the family's disposable income rose from 8.2 to 13.3 years in the 2000-2006 period. 6.5% of the city's population has a recognized disability.

Mobility

Residents of the Barcelona Metropolitan Region aged 16 or over took 6.1 million journeys to or from the city. Although the majority of these journeys were made by Barcelonans, 23.3% were made by residents from the rest of the region.

How do we live?

The environment

For all pollutants, except for nitrogen dioxide and PM₁₀ breathable particles, air quality has been similar, or slightly better than 2005. The application of the measures envisaged in the Action Plan for the Reduction of Nitrogen Oxides and PM₁₀ pollution should mean that the upper permitted limits will be met by the year 2010.

In addition to the in-house water quality controls undertaken by the water company, the ASPB carries out checks on the consumer's tap water,

including public and commercial buildings and private homes. The new desalination plant and the application of advanced water treatment technologies in the Abrera and Sant Joan Despí plants will bring about a major improvement in the most problematic parameters in the water supply, such as trihalomethanes and the taste.

The food hygiene inspection services reduce the health risks for Barcelona consumers. The level of non-compliance with the established regulations is low, continuing the trend seen in recent years.

Although the number of dogs taken in by the Barcelona Centre d'Acollida d'Animals de Companyia has remained stable and the number of lost dogs being retrieved by their owners has risen, the number of abandoned dogs is still high. The strategy for controlling the tiger mosquito in the city has been reinforced with the creation of the environmental information officer.

The quality of water and sand on the beaches continues to be within the legal limits. There is a lack of suitable information about air pollution levels in confined spaces.

Healthcare services

Primary healthcare teams attended 1,125,316 people, corresponding to 69.3% of the covered population. With the objective of adapting the management of healthcare resources to the needs of the citizens and to reinforce the continuance of the service, an office of clinical management has been set up.

The number of emergencies attended has increased in the last decade, particularly those outside the hospital environment, and especially those attended by CCU-061 and those in continuous primary healthcare centers.

The hospitalization rate is higher among women than among men. The most frequent surgical procedures among women are operations of the skeletal muscle system, eye operations, and obstetric procedures; among men they are operations on the digestive apparatus, skeletal muscle system, and the eyes.

As far as long-term care is concerned, this year the improvement plan for long-term care facilities has continued, and four units of long-term care coordination have been set up.

With the deployment of the mental healthcare services portfolio in primary health care, primary healthcare teams will have the support of specialized health professionals, health prevention and promotion programs will be improved, and individual and group psychological interventions will be included.

In Barcelona, although the number of people being treated for heroin use for the first time has gone down, those seen are still basically heroin addicts. The highest number of emergency cases are caused by cocaine use, on its own or together with opiates. The high rate of cases of heroin or other opiate users attended to should be emphasised.



Five therapeutic subgroups (antidepressants, hypolipemians, bronchodilators, peptic ulcer treatments and antipsychotics) account for 31.9% of the total pharmaceutical expenditure. Prescribed packages of generic drugs account for 21.5% of the total, corresponding to an increase of 16.6% over the previous year.

Action in support of the Law of Health Measures Against Smoking that was passed in Spain on January 1st 2006, and a strengthening of the campaign to prevent young people taking up smoking that began in the 90s with the program "School and Health" are two of the topics that the public health services dealt with.

Our health

Maternal and child health

In recent years the birth rate has been constantly increasing, partly due to the number of children born to immigrant women from developing countries. In 2005 the birth rate was 9.2 births per 1,000 inhabitants and the fertility rate 36.8 births per 1,000 women between the ages of 15 and 49. Unplanned pregnancies have not diminished since 2000, with young women, those from disadvantaged groups, and those from developing countries having the most abortions.

Specific health problems

Tuberculosis

Tuberculosis incidence continues to decrease, with a 4% medium annual decrement since 2000. In 2006, 44% of the cases were in patients born outside Spain, with the incidence of the disease 3 times higher in the immigrant population than in indigenous population. The improvement observed in treatment compliance and the study of contacts in immigrants needs to be continued in order to guarantee the resources to reach this population.

HIV infection-AIDS

HIV/AIDS infection continues to be a major public health problem, despite the decrease in 2006 of the number of AIDS, both among men and women. Infection is more frequent among

men, with unprotected homosexual intercourse the most frequent method of transmission. Among women, the most frequent method of transmission is heterosexual intercourse. It is necessary to continue to insist on the importance of reporting new HIV diagnoses.

Injuries

Traffic injuries

The number of traffic collisions with victims has decreased again, despite the downward trend of the past 4 years having been interrupted last year. Due to the fact that there could be more than one vehicle involved in a collision, one can point out a decrease in the number of collisions with no motorcycles involved, but an increase in the number of collisions with motorcycles involved.

Workplace injuries

In 2006 there were 11 more workplace fatalities due to natural causes than in the previous year and 9 more due to other types of traumatic accident. Work-related accidents occurring in journeys made for work were more common in manual laborers, above all, those *in itinere*.

Mortality

Life expectancy among the population of Barcelona remained stable in 2005 at 77 years for men and 84 for women. Despite the fact that mortality is decreasing in both sexes and all socioeconomic groups, mortality is still higher in the groups with little or no education and decreases as the education level rises. It should be pointed out that the existing inequalities continue to remain unchanged, whereas in the majority of developed countries they are tending to increase.

Monographic topics

Main results of the Barcelona Health Survey 2006

In 2006 the people of Barcelona considered themselves to be in a good health. However, part of the population claims to suffer from problems such as psychological disorders, accidents, obesity, or disabilities in the elderly. The majority of the population has a healthy lifestyle, despite the fact that the use of tobacco, alcohol and other illegal substances is increasing among younger people, and part of the child population has a sedentary lifestyle and does not have a healthy diet. Primary healthcare is well-thought-of, and visits to doctors are increasing, which is not the case with specialist attention. There have been improvements in preventive practices compared to the year 2001. When proposing a rational and equitable public health and welfare system, we have to take into account the socioeconomic and sex inequalities, as well as the new sociodemographic situation of the city (the ageing population and immigration).

Executive Summary

16

Monitoring of the ethnic gypsy population of *Camp de la Bota* area of Barcelona (1985-2005)

20 years of monitoring the population of *Camp de la Bota* have highlighted drug addiction, imprisonment, AIDS, and tuberculosis incidence rates higher than among general population. Public health policies should go far beyond the mere treatment of these marginal populations, and focus on preventative measures.

The malaria situation in Barcelona in the last 17 years (1989-2005)

Those most affected by malaria are immigrants from endemic zones, and the most vulnerable are their children when visiting their parents' country of origin, as well as tourists who fail to follow prevention recommendations. Recommended measures during a trip are the use of a repellent, sleeping under a mosquito net, and taking the treatment prescribed by the specialized center before, during, and after the trip. Early detection is essential, since malaria mortality in our context takes place among tourists visiting Sub-Saharan African areas who do not use chemical prophylaxis.

Measles in Barcelona: an epidemic during the 2006-2007 season

During the 2006-2007 season, 106 measles cases have been detected, 93.4% of which have been confirmed. Measles cases have appeared in all city districts, and in 28 of the 38 old neighborhoods. 84% of the cases have appeared in unvaccinated persons, mainly because vaccination was not suitable due to their age. Only 6 cases corresponded to persons not vaccinated for personal reasons. From the ASPB, a total of 41 interventions of vaccine review and vaccination were carried out in kindergartens and schools (1,461 doses of triple virus vaccine were administered).

Mobile phone masts and health

One of the types of electromagnetic radiation, either of natural or anthropogenic origin, we are exposed to is that associated with mobile phones. According to the WHO, there is no

conclusive scientific evidence showing that these low-intensity electromagnetic fields are harmful to people's health. However, caution is recommended until we have more scientific evidence that they are innocuous. The internationally recommended sizes and distances are based on the principle of precaution and offer protection with wide safety margins.

Classification of food establishments with the health registry according to their risk, SISCERR - BCN

The classification of establishments is a useful tool for managing and improving the homogeneity of surveillance activities, complementary to other activities. The use of this technique has allowed the standard of hygiene to be assessed in the different food sectors and any improvement obtained to be seen. SISCERR-BCN rationalizes surveillance action in control activities, allowing the resources to be addressed to the areas with the greatest risk. SISCERR - BCN is currently in its 3rd revision, according to the accumulated experience in its application.

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

En analitzar l'estat de la salut de la població cal tenir en compte els diferents grups socials per poder valorar com la salut i els seus determinants es distribueixen entre els gèneres, les classes socials, els territoris o les ètnies. Descriure l'estat de salut segons els grups socials hauria de ser una pràctica tan habitual com fer-ne l'anàlisi segons els grups d'edat. La justificació d'aquesta necessitat ve donada per la seva utilitat a l'hora de posar en marxa polítiques sanitàries i socials¹ adreçades a disminuir les desigualtats en salut.

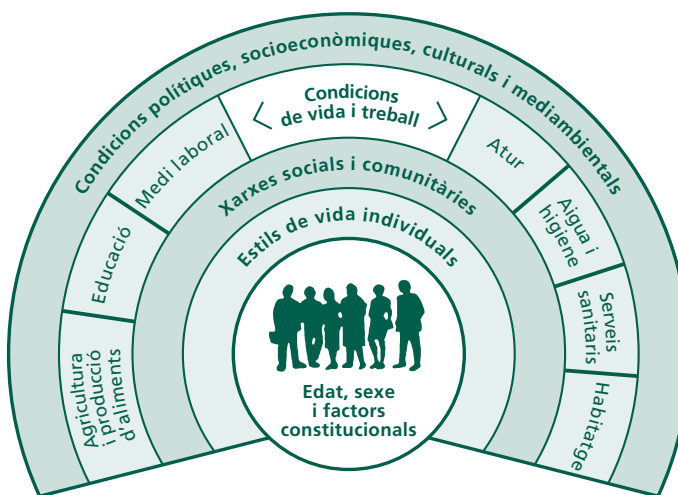
Un dels models utilitzats per explicar els determinants de la salut i de les desigualtats en salut és el descrit per Dahlgren i Whitehead² (vegeu la figura 1). De fet, és el model que s'ha utilitzat per a l'elaboració de «La salut a Barcelona 2006» i dels tres informes anteriors. Els determinants de la salut queden distribuïts en diverses capes d'influència, on cadascuna repercuteix en les altres. Al centre es troben els factors individuals que afecten la salut, com són l'edat, el sexe i els factors hereditaris. Aquests factors són fixos i no poden ser modificats. Al voltant d'aquests factors, n'hi ha d'altres que no són fixos i, per tant, sí susceptibles d'intervenció. En una primera capa trobem els estils de vida (consum de tabac, activitat física, comportament sexual, etc.), amb una influència clara i directa sobre la salut de les persones. En una segona, les influències socials i comunitàries, ja que la interacció amb les persones de l'entorn immediat (familiars, amics, veïns, etc.) també afecta la salut. A continuació hi ha les condicions de vida i treball: l'agricultura i la producció d'aliments, l'educació, el medi laboral, l'atur, l'aigua i la higiene sanitària, els serveis sanitaris i l'habitatge. L'últim embolcall el formen les condicions socioeconòmiques (inclosa l'estructura social), polítiques, culturals i ambientals. Aquestes tres darreres capes d'influència afecten la salut de les persones a través de la «incorporació» (*embodiment*), concepte que es refereix a com s'incorporen biològicament el món material i social on es viu. Les persones incorporen biològicament les seves experiències de desigualtat des de la vida intrauterina fins a la mort³.

Aquest model permet detectar els «punts d'entrada» per a l'acció. Així, es pot actuar a nivell

més «macro» com per exemple reduint la pobresa o les desigualtats de renda en la població o, a nivell més «micro» focalitzant per exemple els esforços en un problema de salut determinat en un districte d'una ciutat.

Tal com s'ha comentat, en aquest informe es tenen en compte la majoria dels factors anomenats anteriorment a l'hora de descriure l'estat de salut de la població de la ciutat de Barcelona i els seus determinants. La primera part de l'informe, «Qui som», és una descripció de la situació demogràfica i socioeconòmica de la ciutat de Barcelona. En la segona part, «Com vivim», s'hi engloben els aspectes de medi ambient, els comportaments o estils de vida i els serveis sanitaris. Per acabar, a «La nostra salut» s'analitza la salut maternoinfantil, els problemes de salut específics, les lesions per accidents i la mortalitat.

Figura 1. Model dels determinants de la salut.



Font: modificat de Dahlgren i Whitehead².

Referències bibliogràfiques

- 1 Beaglehole R. Determinants of health and disease, overview and framework. A: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. Fourth edition. The scope of Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 2 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation; 1991.
- 3 Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Comm Health*. 2005;59:350-5.



Qui som

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat a Barcelona

Com vivim

El medi ambient

L'aire

Les aigües de consum de proveïment públic

La seguretat alimentària

Els animals urbans

Els espais públics oberts i confinats

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut maternoinfantil

Els problemes de salut específics

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents

Les lesions per col·lisions de trànsit

Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006

Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007

Les antenes de telefonia mòbil i la salut

Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

La salut a Barcelona 2006 en xifres

La situació demogràfica

20

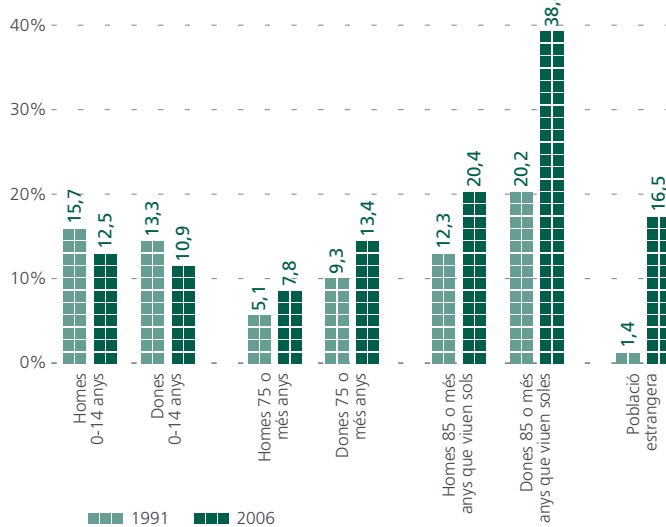
A Barcelona hi ha 1.605.602 persones, segons dades de l'Institut Nacional de Estadística de 2006. Els homes representen el 47,5%, mentre que les dones, el 52,5%.

El canvi més important en els darrers anys és el creixement de la població més gran, en particular el grup de 75 o més anys, en detriment de la població més jove. La població de 75 o més anys representava l'any 1991 el 5,1% dels homes i el 9,3% de les dones, mentre que l'any 2006 representa el 7,8% dels homes i el 13,4% de les dones. Per contra, la població de 0 a 14 anys ha passat de representar el 15,7% dels homes i el 13,3% de les dones a representar el 12,5% dels homes i el 10,9% de les dones (vegeu la figura 1). La població estrangera ha augmentat des del 1991, especialment des del 2001, i representa aquest any el 16,5% del total de la població (vegeu la taula 1, pàgina 86).

En relació amb l'envelliment de part de la població, la proporció de la gent gran que viu sola mostra també una tendència a l'alça, especialment la de 85 o més anys. Aquest col·lectiu representava l'any 1991 el 12,3% dels homes i el 20,2% de les dones, i ara representa el 20,4% dels homes i el 38,8% de les dones de 85 o més anys (vegeu la figura 1).

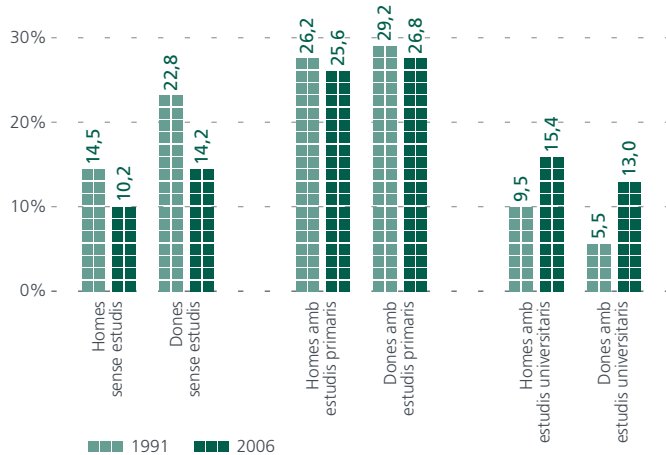
El nivell d'estudis és una altra característica que ha canviat amb el temps, i ho ha fet de manera diferencial en els homes i en les dones. La proporció de població sense estudis o amb primària incompleta ha anat disminuint, especialment en les dones (de 22,8% l'any 1991 a 14,2% l'any 2006). En canvi, la proporció d'homes i dones que només tenen estudis primaris complets ha disminuït, en benefici d'estudis secundaris i universitaris. Així, per exemple, la proporció de població amb estudis superiors ha augmentat, sobretot entre les dones (de 5,5% l'any 1991 a 13,0% l'any 2006) (vegeu la figura 2).

Figura 1. Proporció de població jove, població gran, població gran que viu sola i població estrangera. Barcelona, 1991 i 2006.



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 2. Proporció de població sense estudis, amb estudis primaris i amb estudis universitaris segons el sexe. Barcelona, 1991 i 2006.



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

La situació socioeconòmica

L'augment l'any 2006 de la taxa d'activitat i d'ocupació de les dones respecte de l'any anterior ha estat un dels trets més destacats de l'evolució dels tres indicadors del mercat de treball que es presenten (vegeu el quadre 1). La disminució de l'atur, que ha ocorregut en ambdós sexes, ha estat una mica més important en els homes.

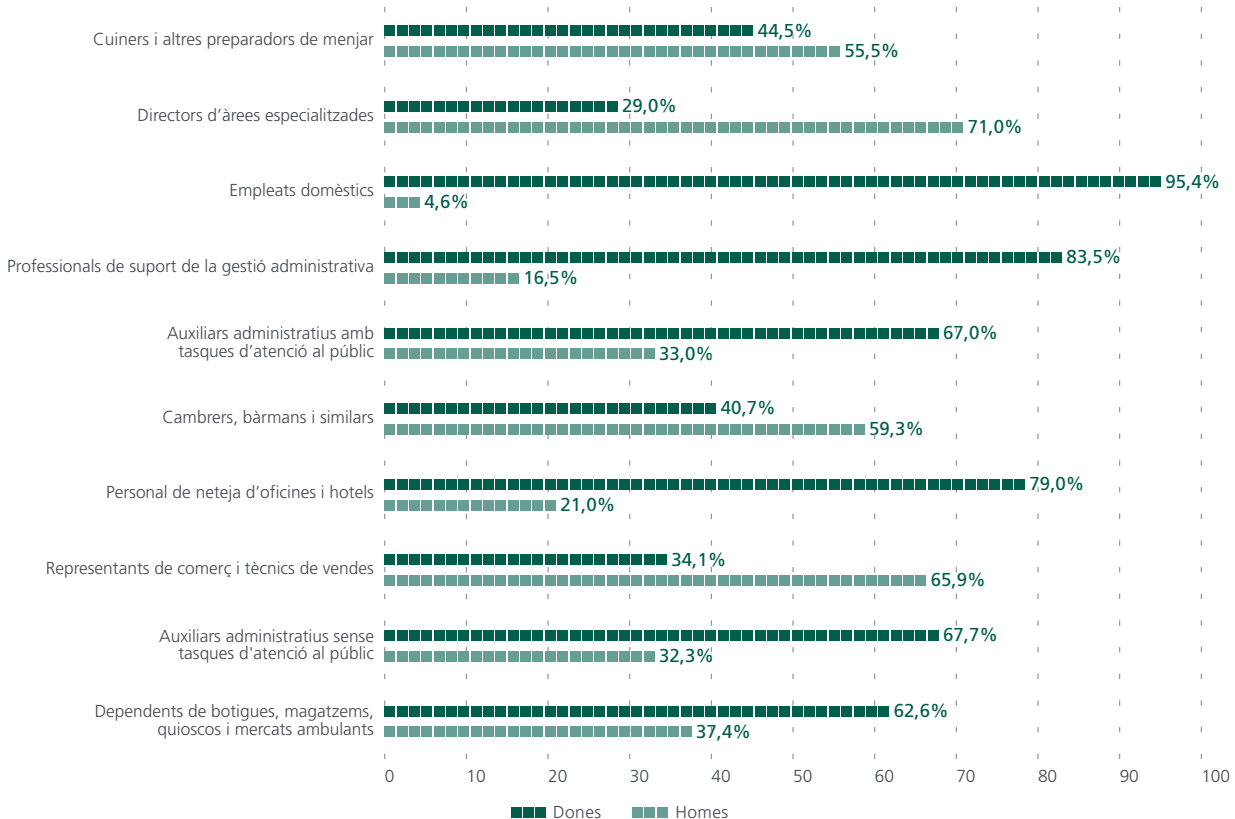
Així com la proporció entre homes i dones quant a l'ocupació i l'atur s'ha mantingut força estable els darrers anys, la d'activitat ha seguit disminuint i reflecteix la tendència a l'augment de la participació femenina en el mercat de treball remunerat. Però aquesta major presència de dones segueix un patró de segregació per gènere, tal com succeeix a la resta d'Europa; aquestes desigualtats, lluny de disminuir, han augmentat

en els darrers anys, tal com recull un informe d'EUROSTAT¹ que compara els països de l'Europa dels 25 entre els anys 2000 i 2005.

La segregació horitzontal s'ha manifestat en dos fenòmens: la presència d'homes i dones en ocupacions i sectors d'activitat molt diferents, així com un ventall d'ocupacions i activitats econòmiques molt menor per a les dones, tal com ho il·lustra el fet que el 35% de les dones s'han concentrat en les 6 ocupacions més freqüents, mentre que els homes només ho fan en el 22%. Tenint en compte la Classificació catalana d'ocupacions a tres dígit, i segons l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006, hi ha 51 ocupacions en què només han treballat homes, fet que suposa més del 80%, com per exemple paletes i paredadors, mecànics i ajustadors, peons de la construcció o taxistes i conductors d'automòbils i furgonetes. En canvi, les ocupacions

¹ Franco A. The concentration of men and women in sectors of activity. Luxembourg: Eurostat; 2007.

Figura 3. Proporció d'homes i dones en les 10 ocupacions més freqüents en la població ocupada. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona de 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Quadre 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur, segons el sexe. Barcelona, 1998-2006.

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1r. Trimestre 1998	61,7%	41,5%	54,6%	32,2%	11,6%	22,4%
2n. Trimestre 1998	63,2%	40,6%	56,3%	31,9%	11,0%	21,5%
3r. Trimestre 1998	63,7%	41,2%	56,3%	31,5%	11,6%	23,4%
4t. Trimestre 1998	61,8%	40,0%	54,8%	31,6%	11,3%	21,2%
1r. Trimestre 1999	60,3%	38,9%	54,1%	31,8%	10,3%	18,2%
2n. Trimestre 1999	58,8%	39,0%	53,8%	32,3%	8,5%	17,2%
3r. Trimestre 1999	57,9%	37,9%	52,6%	32,4%	9,1%	14,7%
4t. Trimestre 1999	59,2%	40,0%	53,3%	33,1%	9,9%	17,2%
1r. Trimestre 2000	59,0%	39,1%	53,0%	33,6%	10,1%	14,1%
2n. Trimestre 2000	58,8%	38,6%	53,0%	34,0%	9,8%	11,9%
3r. Trimestre 2000	59,0%	38,8%	53,3%	34,4%	9,7%	11,4%
4t. Trimestre 2000	59,7%	39,6%	54,5%	34,9%	8,8%	11,9%
1r. Trimestre 2001	64,4%	43,3%	58,6%	38,7%	9,1%	10,6%
2n. Trimestre 2001	63,9%	44,0%	58,1%	38,6%	9,0%	12,3%
3r. Trimestre 2001	64,4%	44,7%	59,0%	38,4%	8,4%	14,0%
4t. Trimestre 2001	62,6%	43,8%	57,9%	37,7%	7,7%	13,9%
1r. Trimestre 2002	62,7%	44,9%	56,5%	38,5%	9,8%	14,4%
2n. Trimestre 2002	62,2%	44,2%	56,8%	38,1%	8,6%	13,9%
3r. Trimestre 2002	63,7%	44,2%	57,8%	37,7%	9,4%	14,6%
4t. Trimestre 2002	64,1%	44,3%	56,3%	38,8%	12,2%	12,3%
1r. Trimestre 2003	65,4%	44,8%	57,8%	38,6%	11,7%	13,8%
2n. Trimestre 2003	65,4%	46,3%	58,2%	40,2%	11,0%	13,1%
3r. Trimestre 2003	67,1%	46,2%	60,2%	40,0%	10,3%	13,4%
4t. Trimestre 2003	67,3%	46,3%	62,2%	41,2%	7,7%	11,0%
1r. Trimestre 2004	67,9%	47,9%	60,9%	41,9%	10,4%	12,5%
2n. Trimestre 2004	68,0%	48,2%	61,0%	42,2%	10,3%	12,5%
3r. Trimestre 2004	68,5%	49,1%	61,3%	43,0%	10,6%	12,5%
4t. Trimestre 2004	68,7%	48,3%	62,3%	42,1%	9,4%	12,8%
1r. Trimestre 2005	67,5%	48,4%	63,2%	42,8%	6,3%	11,6%
2n. Trimestre 2005	69,8%	49,5%	64,1%	45,6%	8,2%	7,9%
3r. Trimestre 2005	69,4%	47,2%	65,3%	44,4%	5,9%	5,9%
4t. Trimestre 2005	72,1%	51,5%	68,2%	46,7%	5,4%	9,3%
1r. Trimestre 2006	71,4%	53,5%	67,1%	48,7%	6,1%	8,8%
2n. Trimestre 2006	69,8%	51,5%	66,0%	46,7%	5,5%	9,3%
3r. Trimestre 2006	69,3%	50,4%	66,1%	46,9%	4,6%	6,8%
4t. Trimestre 2006	68,3%	51,5%	64,7%	47,6%	5,3%	7,6%

Font: Encuesta de Población Activa (EPA), Instituto Nacional de Estadística.

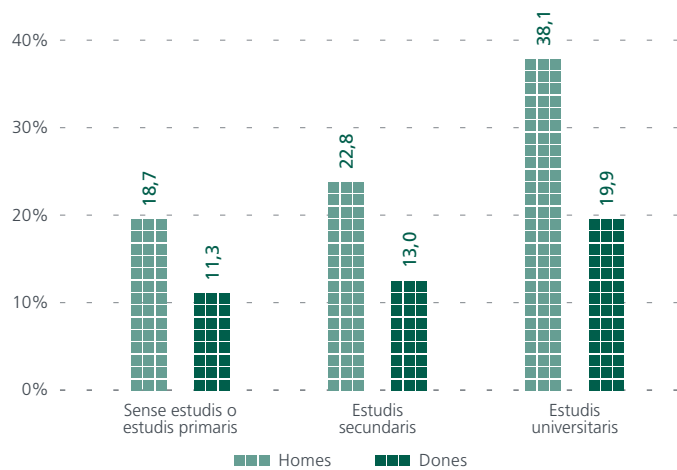
Nota: L'any 2005 ha canviat la metodologia de l'EPA. Les dades del 2001 al 2004 s'han revisat amb la nova metodologia, no són comparables amb les dels anys anteriors.

exclusivament femenines són 15, i 9 d'elles tenen una proporció de dones superior al 80%. Alguns exemples són les empleades domèstiques, les professionals de suport de la gestió administrativa, les professores d'ensenyament, tant primari com infantil, i les infermeres. A la figura 3 s'observen les diferències en les 10 ocupacions més freqüents de la població ocupada de Barcelona.

Una situació molt similar s'ha donat quant a les activitats econòmiques en què treballen homes i dones. Per exemple, en la construcció han treballat un 88% d'homes, mentre que en les activitats de les llars que ocupen personal domèstic o en activitats diverses de serveis personals, hi treballa un percentatge similar de dones.

La segregació vertical tradueix les dificultats que encara tenen les dones per accedir a càrrecs de responsabilitat, la qual cosa sol denominar-se sostre de vidre: barreres invisibles que les impedeixen accedir a llocs de poder. Segons l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006, el 27% dels homes ocupats han tingut persones al seu càrrec en el lloc de treball, mentre que el percentatge en les dones era del 15%. Malgrat que actualment les dones ocupades tenen nivells d'estudis més alts que els homes, l'accés a llocs de responsabilitat no sembla estar relacionat amb aquest fet. Les diferències entre uns i altres són més grans en els nivells d'estudis superiors (vegeu la figura 4). A banda d'altres aspectes, la segregació de gènere en el treball remunerat ha implicat una distribució desigual de l'exposició als riscos laborals i als efectes en la salut.

Figura 4. Proporció d'homes i dones que han tingut persones al seu càrrec en el lloc de treball segons el nivell d'estudis. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona de 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les condicions de vida

24

Persones amb discapacitats

L'any 2006, a Barcelona hi ha hagut 106.274 persones amb algun tipus de discapacitat reconeguda, fet que representa el 6,5% de la població. D'aquestes persones, el 50,6% tenen més de 65 anys i el 51,6% són dones. Els districtes que han presentat una prevalença més alta són Ciutat Vella, Nou Barris i Sants-Montjuïc, amb valors que van del 7,1% al 8,3% (vegeu la figura 5). D'altra banda, Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi són els que presenten la taxa de prevalença més baixa de tota la ciutat.

Prop del 60% de les discapacitats han estat de tipus físic; el 18,6%, mental; el 9,4%, visual; el 7,7%, intel·lectual, i el 4,6%, auditiva. S'ha reconegut un grau de discapacitat entre el 33% i el 65% a 51.115 persones, fet que representa el 48,1% del total de persones amb discapacitat. El 27,3% tenen un grau de discapacitat del 65% al 74%, i el 24,6% tenen un grau de discapacitat superior al 75%. El grau de discapacitat indica

la intensitat d'afectació de les persones valorades i incorpora factors socials que poden dificultar la seva integració social.

Renda familiar disponible per càpita

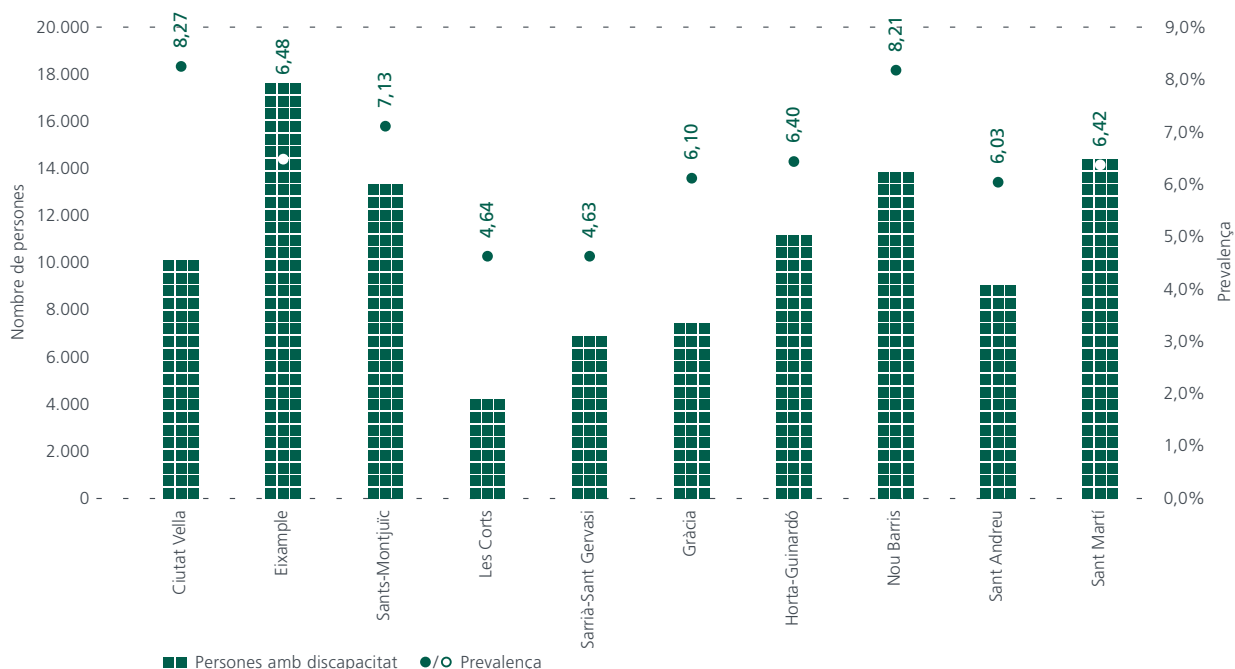
Segons les estimacions realitzades pel Gabinet Tècnic de Programació de l'Ajuntament de Barcelona, la renda familiar disponible per càpita (RFDpc) de la ciutat va ser de 16.555 € l'any 2005, xifra que representa un augment del 4,2% anual des de l'any 2000.

Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts han estat els districtes amb una RFDpc més alta, 29.599 i 23.075 € per habitant el 2005. En l'altre extrem, Nou Barris i Ciutat Vella han presentat els valors més baixos, 11.337 i 11.919 €, respectivament. La distància entre els dos extrems (el quocient entre el districte amb la RFDpc més elevada i el districte amb la més baixa) és de 2,6, una dècima menys que l'obtingut l'any 2000.

Habitatge

El preu mitjà d'un habitatge de lloguer a la ciutat de Barcelona l'any 2006 s'ha estimat en 873,6 € mensuals, 13,5 €/m², amb increments anuals que quadrupliquen la taxa d'inflació. El preu mitjà de venda dels habitatges de segona mà s'ha situat en poc més de 390.000 €,

Figura 5. Nombre de persones amb discapacitat i prevalença segons els districtes. Barcelona, 2006.



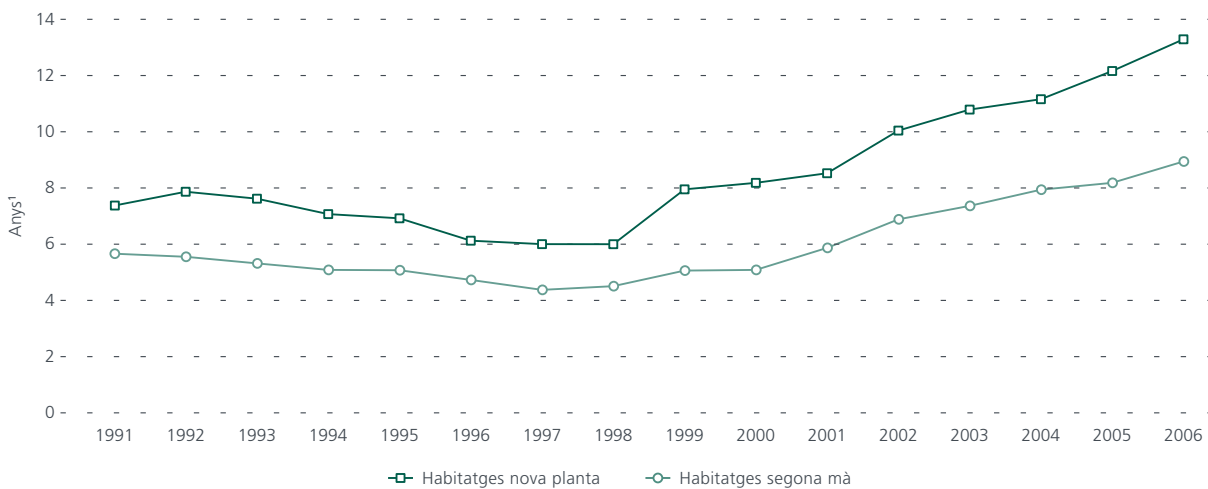
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Gabinet d'Estudis i Planificació, Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

4.948 €/m² per al conjunt de la ciutat. Sarrià-Sant Gervasi ha estat el districte més car de la ciutat, amb uns preus que han superat els 5.800 €/m². El districte de Nou Barris, amb uns preus que no superen els 4.200 €/m², s'ha situat en l'altre extrem. Els habitatges de nova planta han experimentat un increment en el preu mitjà de venda del 14% al llarg de l'any 2006. El preu mitjà d'un habitatge de 101 m² és de

590.420 €. Les diferències territorials han estat molt més acusades que en el cas dels habitatges de segona mà.

Tot i que hi ha grans diferències territorials, si es considera la renda familiar disponible (RFD) i el preu de venda dels habitatges, s'observa que una família necessita la RFD de 13,3 anys per poder accedir a un habitatge mitjà de nova planta, 5,1 anys més que a l'any 2000 (vegeu la figura 6). Si l'habitatge és de segona mà, es necessiten 8,9 anys de RFD, 3,8 anys més que a l'any 2000.

Figura 6. Esforç econòmic d'accés a l'habitatge. Barcelona, 1991-2006.



Font: Barcelona Economia, Gabinet Tècnic de Programació, Ajuntament de Barcelona.

Nota: ¹ Nombre d'anys de renda familiar disponible (RFD) per poder accedir a un habitatge.

La mobilitat a Barcelona

26

Segons l'Enquesta de mobilitat en dia feiner de l'any 2006, els residents de la regió metropolitana de Barcelona de 16 o més anys han realitzat 6,1 milions de desplaçaments amb la ciutat de Barcelona com a origen o destinació. Tot i que la majoria d'aquests desplaçaments els han dut a terme els barcelonins, prop d'una quarta part (23,3%) han estat efectuats per residents de la resta de la regió. De fet, aquest segon col·lectiu ha fet dos de cada tres desplaçaments de connexió amb Barcelona (vegeu la figura 7). Els modes no motoritzats -a peu i amb bicicleta-, un 49,7%, i el transport públic, un 31,3%, han estat els més emprats en els desplaçaments interns. En els desplaçaments de connexió, el transport privat (49,5%) i el transport públic (46,9%) han obtingut proporcions d'ús molt similars (vegeu la figura 7).

El turisme ha estat el tipus de transport privat més utilitzat en els desplaçaments interns (56,3%) i encara més en els de connexió (87,5%). La moto s'ha utilitzat molt en els desplaçaments interns a Barcelona (41,2%), però el seu ús s'ha reduït notablement en els desplaçaments de connexió (8,5%). Quant al motiu de transport, en els desplaçaments de connexió ha predominat la mobilitat ocupacional (36,3%) en contraposició amb la mobilitat personal (17%). En els desplaçaments interns la tendència s'inverteix i ha estat superior la mobilitat personal (36,1%) davant l'ocupacional (20,8%).

Segons el gènere, no s'han observat diferències significatives segons la mitjana de desplaçaments diaris, però sí en els motius i mitjans emprats, amb un major pes relatiu de la mobilitat per treball i estudis en el cas dels homes i per motius personals en el cas de les dones. Les dones han estat més usuàries del transport públic i també han realitzat més desplaçaments a peu (vegeu el quadre 2). Amb l'augment de l'edat, s'ha observat una reducció en la mitjana de desplaçaments, i els joves han estat els qui han fet més ús del transport públic. Segons l'ocupació, el transport privat ha estat utilitzat en major mesura per les persones amb activitat laboral (49,7%), i el transport públic, pels estudiants (31,6%). Els jubilats i els pensionistes

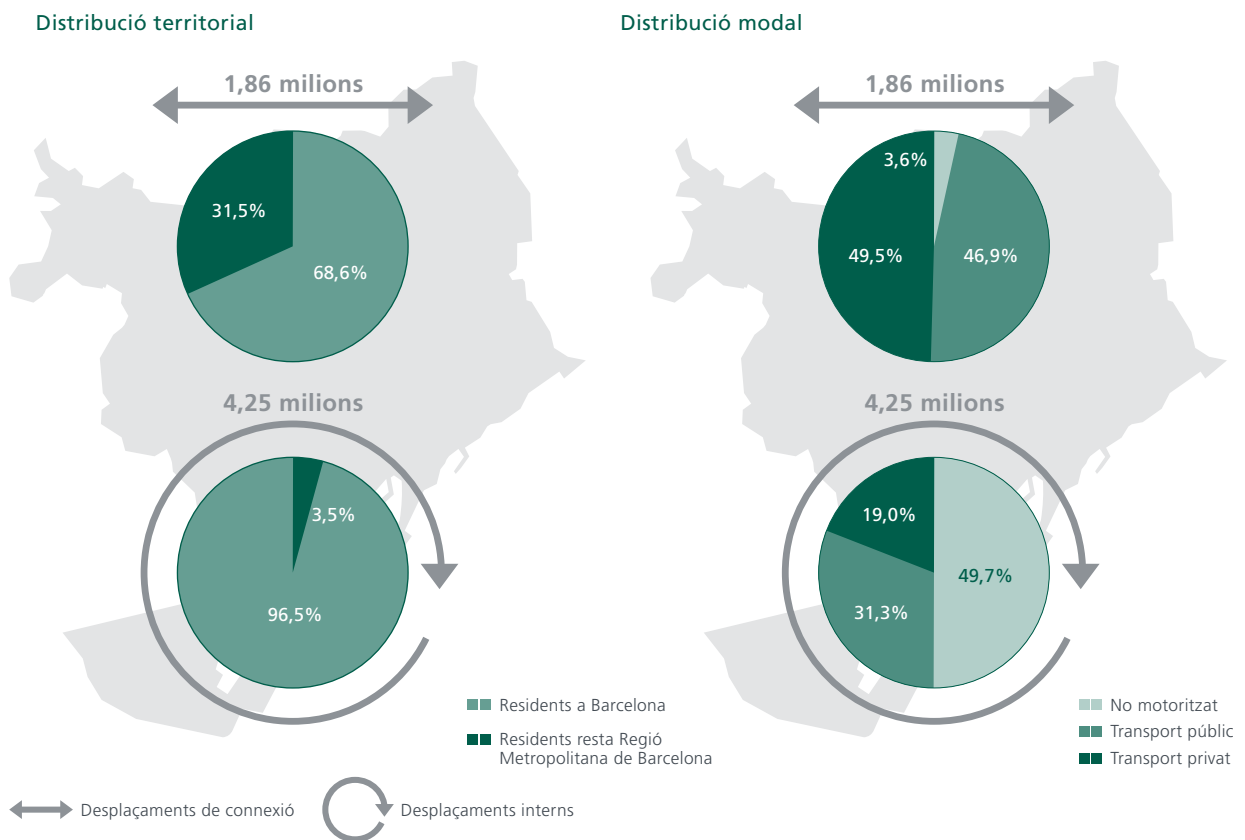
s'han desplaçat diàriament menys que la resta de persones. El 44,3% dels desplaçaments han tingut com a origen i destinació el mateix districte de residència, oscil·lant entre el 23% de Les Corts i el 45,8% de Nou Barris. L'Eixample ha estat el districte amb un nombre més alt de desplaçaments, tant motoritzats com no motoritzats (1.140.771 desplaçaments). Pel conjunt de desplaçaments, el segueixen a molta distància els districtes de Sant Martí (607.738), Sants-Montjuïc (542.434) i Sarrià-Sant Gervasi (520.695), i pel que fa als desplaçaments motoritzats, Sant Martí, Sants-Montjuïc i Ciutat Vella.

Quadre 2. Mode de transport i motiu de mobilitat segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006.

Mode de transport				
Sexe	Edat	No motoritzat	Transport públic	Transport privat
Home	16-29 anys	34,2%	21,2%	44,7%
	30-64 anys	30,1%	14,8%	55,1%
	65 o més anys	67,9%	14,2%	17,8%
Dona	16-29 anys	37,0%	30,5%	32,5%
	30-64 anys	48,1%	20,2%	31,7%
	65 o més anys	70,7%	20,5%	8,9%
Motiu de mobilitat				
Sexe	Edat	Mobilitat ocupacional	Mobilitat personal	Tornada a casa
Home	16-29 anys	30,4%	24,3%	45,4%
	30-64 anys	32,8%	23,4%	43,8%
	65 o més anys	1,6%	51,0%	47,4%
Dona	16-29 anys	28,9%	26,4%	44,7%
	30-64 anys	19,0%	36,8%	44,2%
	65 o més anys	1,2%	51,7%	47,1%

Font: Enquesta de mobilitat en dia feiner de 2006, Autoritat del Transport Metropolità i Ajuntament de Barcelona.

Figura 7. Distribució territorial i modal dels desplaçaments a Barcelona en dia feiner. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de mobilitat en dia feiner de 2006, Autoritat del Transport Metropolità i Ajuntament de Barcelona.



Com vivim

29

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat a Barcelona

Com vivim

El medi ambient

L'aire

Les aigües de consum de proveïment públic

La seguretat alimentària

Els animals urbans

Els espais públics oberts i confinats

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut maternoinfantil

Els problemes de salut específics

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents

Les lesions per col·lisions de trànsit

Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006

Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007

Les antenes de telefonia mòbil i la salut

Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

La salut a Barcelona 2006 en xifres

L'aire

30

Des d'un punt de vista global, la qualitat de l'aire a Barcelona durant l'any 2006 ha estat similar a la del 2005. Pel que fa al compliment dels valors de referència establerts a la normativa pels diferents contaminants regulats per a l'avaluació i gestió de la qualitat de l'aire, els contaminants crítics continuen sent el diòxid de nitrogen (NO₂) i la fracció de partícules respirables (PM₁₀). La resta dels contaminants compleixen amb el valor límit i/o amb els valors objectiu establerts.

Analitzant separatament cadascun dels contaminants, el SO₂ i el plom s'han mantingut en uns nivells molt baixos. El monòxid de carboni compleix a totes les estacions de mesurament el valor màxim 8-horari vigent. Respecte al benzè, a totes les estacions compleix el valor límit de 5µg/m³ de mitjana anual, que serà vigent a partir del 2010. A més, des de l'any 2003, es presenta una tendència generalitzada al descens del benzè,

d'una manera més clara a les estacions orientades al trànsit. També es mesuren a la ciutat altres hidrocarburs volàtils, com ara el toluè, l'etilbenzè i els xilens, implicats en la contaminació secundària d'origen fotoquímic. Actualment, l'ozó a la ciutat no representa un problema rellevant pel que fa al compliment del valor objectiu de protecció de la salut establert per al 2010. L'any 2006 no s'ha superat en cap estació urbana el llindar horari d'informació a la població, i s'ha donat un màxim horari de 145µg/m³ al Parc de la Ciutadella en comparació dels 176µg/m³ del 2005. Pel que fa als metalls pesants (As, Cd i Ni) i a les avaluacions preliminars de benzo(a)pirè, han complert a totes les estacions els respectius valors objectiu establerts per al 2013.

D'altra banda, el nombre de superacions del valor límit horari del diòxid de nitrogen, en les estacions de trànsit molt intens (L'Eixample i Gràcia-Sant Gervasi) manté la tendència a augmentar, sense ultrapassar el nombre de superacions permeses –18 superacions. Excepte a Sants, les estacions de la ciutat han superat el valor límit de 40µg/m³ de mitjana anual d'obligat compliment l'any 2010 (vegeu el quadre 1 i la figura 1). Malgrat les disminucions significatives de la mitjana anual a les estacions de Gràcia-Sant Gervasi i Sants, no es pot dir que s'hagi produït una millora generalitzada, ja que a

Quadre 1. Resultats de la monitorització dels nivells de diòxid de nitrogen (NO₂) i partícules respirables (PM₁₀). Barcelona, 2006.

Estació	Tipus d'estació	NO ₂			PM ₁₀		
		Mitjana anual (µg/m ³) ¹	Superacions valor límit horari ²	% dades anuals	Mitjana anual (µg/m ³) ³	Superacions valor límit horari ⁴	% dades anuals
Ciutadella	Fons urbà	47	2	92%	-	-	-
Zona Universitària	Fons urbà	-	-	-	34	25	54%
Jaume Almera	Fons urbà	-	-	-	42	100	96%
Plaça Universitat	Trànsit molt intens	-	-	-	52	74	42%
Eixample	Trànsit molt intens	68	12	82%	59	89	37%
Gràcia-Sant Gervasi	Trànsit molt intens	74	18	85%	49	63	39%
Sants	Trànsit moderat	31	1	91%	62	100	43%
Poblenou ⁵	Trànsit moderat	47	0	38%	-	-	-

Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Valor límit anual (vigent a partir del 2010) = 40 µg/m³.

²Es permet superar 18 vegades/any. Valor límit horari (vigent a partir del 2010) = 200 µg/m³.

³Valor límit anual (vigent a partir del 2005) = 40 µg/m³.

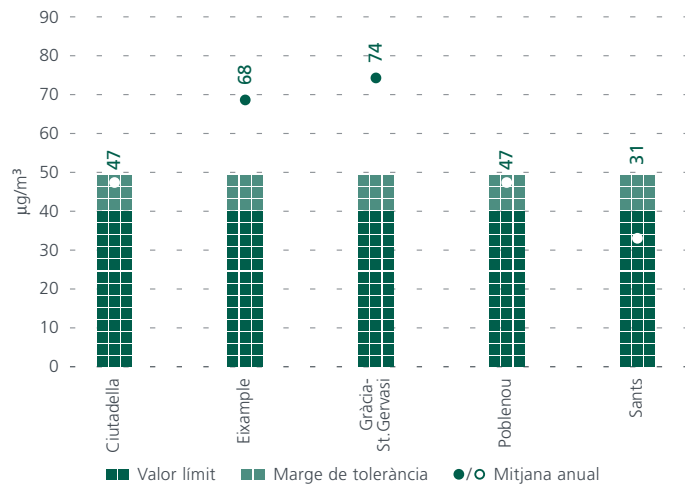
⁴Es permet superar 35 vegades/any. Valor límit horari (vigent a partir del 2005) = 50 µg/m³.

⁵Insuficient nombre de dades per trasllat.

L'Eixample i al Parc de la Ciutadella s'han mantingut els valors de l'any 2005. Pel que fa a les partícules PM_{10} es detecta un manteniment i, fins i tot, una tendència a l'augment, dels nivells a totes les estacions de trànsit, que superen tant el valor límit anual com el nombre de superacions permeses del valor diari (vegeu el quadre 1 i la figura 2). Cal dir que durant l'any 2006 no han estat d'aplicació les mesures del Pla d'actuació per a la reducció de la contaminació per òxids de nitrogen i PM_{10} elaborat per a l'àrea de Barcelona. Amb l'objectiu d'estimar els beneficis en salut de la millora de la qualitat de l'aire per als residents d'aquesta àrea, el Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental està desenvolupant un estudi d'anàlisi de risc.

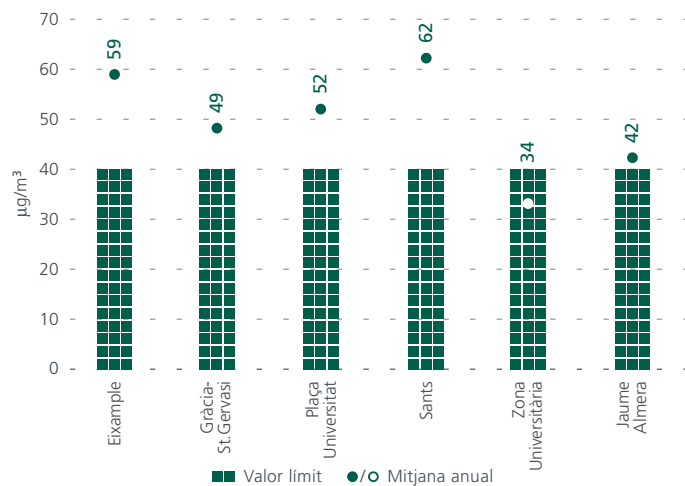
Els beneficis per a la salut pública de la reducció de la contaminació atmosfèrica a l'àrea metropolitana de Barcelona es poden consultar a:
www.creal.cat/fitxers/BCNHIAcat19-09-07_cat.pdf

Figura 1. Valor límit, marge de tolerància i mitjana anual per al diòxid de nitrogen segons l'estació de mesura. Barcelona, 2006.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 2. Valor límit i mitjana anual per a les partícules PM_{10} segons l'estació de mesura. Barcelona, 2006.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les aigües de consum de proveïment públic

32

Durant l'any 2006, l'ASPB ha continuat desenvolupant en l'àmbit del municipi totes les activitats de l'administració sanitària recollides en el Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà (PVICSACH) de Catalunya, així com les assignades als ajuntaments pel PVICSACH i la normativa bàsica d'aplicació, és a dir, el Reial decret 140/2003, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà.

Entre les competències municipals està el control de l'aigua en l'aixeta del consumidor, superposat a l'obligació per part dels titulars d'activitats comercials o públiques de realitzar l'autocontrol de la qualitat de l'aigua als seus edificis. L'any 2006 s'han efectuat 276 d'aquests controls, entre domicilis particulars i centres d'ús públic, representatius de cada zona d'abastament. S'han obtingut 14 resultats no ajustats a algun dels valors paramètrics establerts a la normativa (vegeu el quadre 2). Cap d'aquests resultats no s'ha confirmat en el preceptiu segon mostreig, per la qual cosa, d'acord amb el Reial decret 140/2003, no es poden considerar incompliments de l'aptitud de l'aigua per al consum. Tanmateix, s'han notificat aquestes incidències als titulars de les instal·lacions, amb recomanacions de mesures que cal adoptar en els casos relacionats amb els materials (plom, níquel i ferro) quan el personal exposat era especialment sensible.

El subministrament d'aigües de consum a la ciutat de Barcelona s'estructura en tres zones d'abastament, segons l'estació de tractament d'aigües potables (ETAP), que és d'on prové l'aigua. La Zona B, que procedeix de les ETAP de Sant Joan Despí/Abrera (Llobregat), representa el 8% del consum; la Zona D, que procedeix de l'ETAP de Sant Joan Despí/Abrera/Cardedeu (barreja Llobregat-Ter), representa el 83% del consum, i la Zona E, que prové de l'ETAP de Cardedeu (Ter), representa el 9% del consum.

El pla d'autocontrol de l'entitat gestora del subministrament de l'aigua posa de manifest que ha continuat una millora remarcable amb relació a l'any 2005 dels valors mitjans del total de trihalometans (THM)¹ a la zona E –el

paràmetre més conflictiu–, i un retrocés especialment rellevant a la zona B, que torna als nivells de l'any 2004 (vegeu el quadre 3).

Aquesta situació és explicable, atès que aquests compostos són subproductes de la desinfecció i, per tant, la seva variabilitat és funció de la qualitat de l'aigua disponible. D'altra banda, cal tenir present que mai no es pot comprometre la desinfecció per evitar la presència de subproductes. Tanmateix, les accions en curs per a la instal·lació de la planta dessaladora i l'aplicació de tecnologies avançades de tractament de l'aigua a les plantes d'Abrera i Sant Joan Despí, combinades amb d'altres actualment en ús amb efectes sobre el potencial de formació de trihalometans, fan confiar que es complirà el valor paramètric establert per al 2009 i a la vegada es millorarà el sabor de l'aigua subministrada. Aquest darrer aspecte repercutirà favorablement en els districtes de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i l'Eixample, que, d'acord amb l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006, són els que menys habitualment beuen aigua de l'aixeta.

Quadre 2. Valors mitjans de trihalometans segons la zona d'abastament d'aigua. Barcelona, 2006.

Trihalometà	Zona B Mitjana (µg/l)	Zona D Mitjana (µg/l)	Zona E Mitjana (µg/l)
Bromoform	86,9	47,8	0,6
Clorodibromometà	38,8	22,6	2,5
Cloroform	10,9	23,3	26,0
Diclorobromometà	18,9	17,1	10,3
Total trihalometans	155,6	111,7	39,4

Font: Entitat gestora del subministrament d'aigües de consum (AGBAR).

Quadre 3. Valors mitjans del total de trihalometans segons la zona d'abastament de l'aigua. Barcelona, 2004-2006.

Zona d'abastament	Zona B Mitjana (µg/l)	Zona D Mitjana (µg/l)	Zona E Mitjana (µg/l)
2004	155,6	131,7	66,7
2005	81,5	78,5	50,6
2006	155,6	111,7	39,4

Font: Entitat gestora del subministrament d'aigües de consum (AGBAR).

¹Valor paramètric de suma THM, d'acord amb el Reial decret 140/2003: 150 µg/l fins al 31/12/2008, 100 µg/l a partir de l'1/01/2009.

La seguretat alimentària

Els serveis de control alimentari vetllen per prevenir i reduir l'exposició de la població als agents que poden produir malalties per via alimentària. Això comporta dur a terme una política de gestió del risc dels diferents perills, al llarg de tota la cadena alimentària. Les tasques d'inspecció efectuades han estat prioritzades en funció del risc sanitari dels diferents tipus d'establiments alimentaris de la ciutat, tot controlant, entre d'altres, l'adequat compliment dels requisits exigibles pel que fa a les instal·lacions, les activitats, els autocontrols o la formació en matèria d'higiene alimentària del personal manipulador d'aliments (vegeu el monogràfic *Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc*, SISCERR-BCN, pàgina 81.)

D'altra banda, amb el programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), s'ha estudiat la situació de determinats perills químics i microbiològics en diversos aliments. Dels resultats obtinguts, destaquen els corresponents a micotoxines, hidrocarburs aromàtics policíclics, plaguicides, metalls pesants, *Salmonella*, *Listeria*, *Escherichia coli* O157:H7 i *Campylobacter*. Els resultats detallats són objecte de difusió pública al web de l'ASPB com a part del programa IQSA.

Els hidrocarburs aromàtics policíclics (HAP) són compostos cancerígens genotòxics, poden aparèixer en els aliments durant la cocció, l'escalfament, l'assecatge, el torrat i el fumet, o bé per contaminació ambiental, especialment a través del medi marí. S'ha estudiat la possible presència i els nivells de 12 HAP (benzo(a)antracè, dibenzo(a,h)antracè, benzo(b)fluorantè, benzo(k)fluorantè, benzo(a)pirè, benzo(e)pirè, benzo(g,h,i)perilè, crisè, indeno(1,2,3)pirè, 5-metil crisè, dibenzo(a,l)pirè, dibenzo(a,e)pirè) en 188 mostres d'aliments. La presència d'HAP és baixa (8,5%), i cap de les mostres no incompleix el contingut màxim permès (vegeu el quadre 4).

Les micotoxines són metabòlits produïts per determinades espècies de fongs que es desenvolupen en alguns aliments quan són mantinguts o emmagatzemats sota determinades condicions de temperatura i humitat. Són

especialment importants les aflatoxines, catalogades com a carcinògens genotòxics. S'han efectuat 57 determinacions d'aflatoxina B₁, B₂, G₁ i G₂ en diversos aliments, i d'aflatoxina M₁ en 15 mostres de llets, i s'han detectat i quantificat en el 13,8% de les mostres analitzades, sense superar en cap cas el límit legal. D'altra banda, l'ocratoxina A, nefrotòxica en animals, ha estat objecte de control en 107 mostres d'aliments, en el 67,3% de les quals no s'ha detectat la seva presència, i només en una de les mostres se supera el límit reglamentat. La patulina, neurotòxica i mutagènica en animals, s'ha estudiat en 5 mostres d'aliments infantils fets a base de poma, sense detectar-se en cap d'elles.

Els residus de plaguicides poden aparèixer en els aliments a partir dels tractaments fitosanitaris o per contaminació ambiental. S'han analitzat 243 mostres de 14 grups d'aliments, i se n'ha detectat la presència en el 24% de les mostres. Els nivells de plaguicides trobats són baixos, i 12 de les mostres (5%) presentaven valors lleugerament superiors al límit màxim de residus admès. Per grups d'aliments (vegeu el quadre 4), la presència més elevada s'ha detectat en grups típicament tractats amb fitosanitaris, com les hortalisses (48,5% de les mostres) i les fruites fresques (79,3%). En les fruites, a més, cal destacar que el 55% de les mostres presentaven múltiples residus, és a dir, es detectava la presència de més d'un plaguicida. És important remarcar també que sols dues mostres contenien residus de plaguicides halogenats persistents (endosulfà), compostos d'especial rellevància en termes de salut pública pel seu caràcter acumulatiu.

Els metalls pesants són contaminants ambientals que poden constituir un risc per a la salut pública. Per tal de comprovar que aquests contaminants es mantenen en nivells segurs en els aliments, s'han realitzat 76 determinacions de mercuri en productes de la pesca, on aquest metall s'ha detectat en el 30,3% de les mostres, i en un cas s'ha superat el límit màxim reglamentat. Així mateix, s'han efectuat 81 analítiques de cadmi en productes de la pesca, cereals i derivats, i s'ha quantificat en un 29,6% de les mostres, i en una d'elles, per sobre del valor màxim reglamentat. Per últim, el plom ha estat analitzat en 91 mostres de productes de la pesca, cereals i derivats i begudes enllaunades, i s'han detectat valors quantificables en el 2,2% de les mostres, totes elles, per sota del valor límit legal.

Els microorganismes patògens en els aliments, com a perills biològics, són responsables del desenvolupament de diferents tipus de patologies i constitueixen un important problema de salut pública. S'han efectuat 336 determinacions en diferents tipus d'aliments quant a la presència de *Salmonella*, i s'ha detectat en el 2,1% de les mostres. Per grups d'aliments (vegeu el quadre 5), s'ha detectat en 3 de les 5 mostres de carn fresca analitzades i en 3 de les 14 de carn picada i preparats de carn, si bé cal tenir present que es tracta d'aliments que habitualment són sotmesos a un tractament tèrmic capaç d'eliminar el microorganisme, prèviament al seu consum. No obstant això, el risc rau en una insuficient

La seguretat alimentària

34

coccio de l'aliment i en el fet que si no s'extremen les mesures de manipulació dels productes crus, pot donar-se una contaminació creuada d'altres aliments ja preparats per al consum. El mateix raonament caldria aplicar al *Campylobacter*, davant del fet d'haver-se detectat la seva presència

en 2 de les 9 mostres on ha estat analitzat. En el cas de l'*Escherichia coli* O157:H7, no s'ha detectat la seva presència en cap de les 75 mostres. D'altra banda, s'ha avaluat la possible presència i nivells de *Listeria monocytogenes* en 175 mostres d'aliments, i s'ha detectat en el 5,7% d'aquestes, i en 3 (dos peixos fumats i un menjar preparat) es trobava per sobre del límit de tolerància.

Quadre 4. Alguns resultats de la monitorització de contaminants químics realitzada pel programa IQSA. Barcelona, 2006.

Substàncies investigades	Aliments	Mostres analitzades	Presència constatada	Mostres per sobre del CMA ²
Hidrocarburs aromàtics policíclics (HAP) ¹	Productes de xarcuteria, peix fresc, peix fumat, crustacis, cefalòpodes, bivalves, olis vegetals, cereals i derivats, mantegues, aliments amb cereals per a lactants i nens de curta edat, preparats per a lactants, aliments infantils amb hortalisses, aliments infantils a base de poma, cafè, te i infusions	188	16 (8,5%)	0 (0,0%)
Micotoxines				
Aflatoxina B ₁ , B ₂ , G ₁ i G ₂	Cereals, fruita seca i condiments	57	7 (12,3%)	0 (0,0%)
Aflatoxina M ₁	Llets	15	3 (20,0%)	0 (0,0%)
Ocratoxina A	Cereals, aliments amb cereals per a lactants i nens de curta edat, suc de raïm, fruita seca, condiments, cafè, te i infusions, vins	107	35 (32,7%)	1 (0,9%)
Patulina	Aliments infantils a base de poma	5	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Metalls pesants				
Mercuri	Peix fresc, conserves de peix, crustacis, cefalòpodes i bivalves	76	23 (30,3%)	1 (1,3%)
Cadmi	Peix fresc, conserves de peix, crustacis, cefalòpodes, bivalves i cereals	81	24 (29,6%)	1 (1,2%)
Plom	Peix fresc, conserves de peix, crustacis, cefalòpodes, bivalves, cereals i begudes enllaunades	91	2 (2,2%)	0 (0,0%)
Plaguicides				
75 plaguicides investigats	Hortalisses	33	16 (48,5%)	3 (9,0%)
	Aliments infantils amb hortalisses	10	0 (0,0%)	0 (0,0%)
106 plaguicides investigats	Fruites	29	23 (79,3%)	6 (20,7%)
	Aliments infantils amb poma	5	0 (0,0%)	0 (0,0%)
23 plaguicides investigats	Olis vegetals, mantegues, formatges a partir de llet pasteuritzada, aliments amb cereals per a lactants i nens de curta edat, preparats per a lactants i preparats de continuació	67	1 (1,5%)	0 (0,0%)
60 plaguicides investigats	Cereals i derivats	43	14 (32,6%)	0 (0,0%)
	Fruita seca i llegums	26	4 (15,4%)	3 (11,5%)
62 plaguicides investigats	Condiments i espècies, te i infusions	30	10 (33,3%)	0 (0,0%)

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: ¹Benzo(a)antracè, dibenzo(a,h)antracè, benzo(b)fluorentè, benzo(k)fluorentè, benzo(a)pirè, benzo(e)pirè, benzo(g,h,i)perilè, crisè, indeno(1,2,3)pirè, 5-metil crisè, dibenzo(a,l)pirè, dibenzo(a,e)pirè. ²CMA: Contingut màxim admès.

Quadre 5. Alguns resultats de la monitorització microbiològica dels aliments realitzada pel programa IQSA. Barcelona, 2006.

	<i>Salmonella</i>		<i>E. coli</i> O157:H7		<i>Campylobacter</i>		<i>Listeria monocytogenes</i>	
	Analítiques	Es detecta	Analítiques	Es detecta	Analítiques	Es detecta	Analítiques	Es detecta
Carns fresques	5	3 (60,0%)	5	0 (0,0%)	5	2 (40,0%)	-	-
Carns picades i preparats de carn	14	3 (21,4%)	14	0 (0,0%)	4	0 (0,0%)	-	-
Productes de xarcuteria	23	0 (0,0%)	17	0 (0,0%)	-	-	23	4 (17,4%)
Formatges a partir de llet pasteuritzada	19	0 (0,0%)	-	-	-	-	20	0 (0,0%)
Ous	15	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Peix fresc	21	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Peix fumat	15	0 (0,0%)	-	-	-	-	15	3 (20,0%)
Crustacis	15	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Cefalòpodes	15	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Bivalves	15	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Cereals i derivats	12	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Preparats per a lactants	9	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Pastisseria farcida	15	0 (0,0%)	-	-	-	-	15	0 (0,0%)
Menjars preparats grup A	33	0 (0,0%)	30	0 (0,0%)	-	-	31	3 (9,6%)
Menjars preparats grup B	71	0 (0,0%)	9	0 (0,0%)	-	-	71	0 (0,0%)
Orxates	9	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Condiments i espècies	20	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Te i infusions	10	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Total	336	7 (2,1%)	75	0 (0,0%)	9	2 (22,2%)	175	10 (5,7%)

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els animals urbans

36

Els animals domèstics de companyia

Segons l'Òmnibus municipal, a Barcelona, un 35% de famílies tenen un animal domèstic, fet que ha representat un increment d'un 14,7% respecte als dos anys anteriors: un 16% tenen gossos; un 8,8%, ocells; un 8,6%, gats; un 2,9%, tortugues; un 2,5%, peixos; un 1,9%, hàsters; un 1,4%, conills; un 0,2%, fures; un 0,2%, iguanes; un 0,2%, serps, i un 0,4%, altres animals. Els animals que han incrementat la seva presència a les llars barcelonines han estat els gossos (un 2%), els ocells (un 0,9%), els peixos (un 0,6%) i els conills (un 0,6%). El gat, en canvi, ha disminuït un 1,1% a les llars. Pel que fa a la tinença d'animals exòtics i/o salvatges, els trobem en l'1% dels habitatges.

L'abandonament d'animals al carrer encara és un problema que cal resoldre. Tot i que el nombre de gossos entrats al Centre d'Acol·lida d'Animals de Companyia de Barcelona (CAAC) s'ha mantingut estable (1.584) i ha augmentat el nombre de gossos perduts trobats pel seu propietari (457), les dades són encara elevades (vegeu la figura 3).

Una plaga emergent: el mosquit tigre

Des de fa un temps, en algunes zones de Barcelona els ciutadans pateixen la presència d'un nouvingut: el mosquit tigre (*Aedes albopictus*). Aquesta espècie és originària del sud-est asiàtic i ha colonitzat molts

països, sobretot a través del transport de pneumàtics o de plantes amb aigua. El seu hàbitat original de cria són els forats dels arbres, però actualment es poden trobar ous i larves en qualsevol massa d'aigua petita i estancada.

La detecció de l'espècie a Barcelona va engegar un programa de vigilància específic a la ciutat, que va permetre detectar l'agost de 2005 el primer exemplar de mosquit tigre al districte d'Horta-Guinardó (barri de Can Baró). En aquest sentit, el desconeixement de les mesures de control que els ciutadans havien de prendre, les condicions ambientals i la disponibilitat d'hàbitat han permès que aquesta espècie anés colonitzant a poc a poc els diferents districtes de la ciutat (vegeu el quadre 6).

L'evolució dels positius evidencia que l'assentament d'aquesta espècie al territori és un fet i, si ens atenem a les experiències d'altres països, la previsió és que aquesta tendència continuarà. És per això que l'estratègia d'actuació s'ha centrat a donar a la població la informació de les mesures preventives que cal adoptar als seus habitatges mitjançant la figura de l'informador ambiental, donant atenció i assessorament personalitzat a les persones afectades per la plaga, ja que el 100% de les incidències han succeït en propietats privades on l'espècie aprofita per criar als petits recipients abandonats que de manera habitual es poden trobar a patis i terrasses dels habitatges.

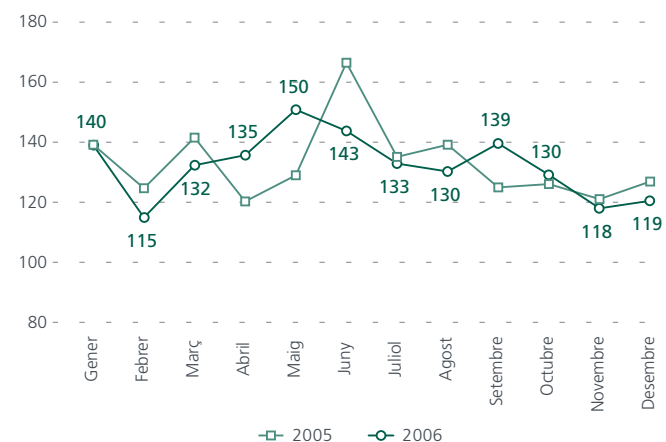
Tot i que des de l'Administració es promouen i impulsen accions encaminades a evitar la proliferació i l'establiment de la plaga, s'ha de fer l'esforç de sensibilitzar la ciutadania del problema. El control del mosquit tigre és principalment una qüestió d'acció social i d'implicació de la població, ja que els ciutadans són qui més a prop estan de la base del problema: els focus de cria que es puguin trobar a casa seva.

Quadre 6. Nombre d'incidències i positius de mosquit tigre. Barcelona, 2005 i 2006.

	Incidències		Positius	
	2005	2006	2005	2006
Ciutat Vella	3	9	0	1
L'Eixample	7	7	0	0
Sants-Montjuïc	6	3	1	1
Les Corts	3	3	1	0
Sarrià-Sant Gervasi	16	39	4	15
Gràcia	5	34	1	12
Horta-Guinardó	27	111	14	52
Nou Barris	4	14	1	3
Sant Andreu	10	11	1	3
Sant Martí	5	7	0	0
Total	86	238	23	87

Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Nombre de gossos entrats al CAAC. Barcelona, 2005-2006.



Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els espais públics oberts i confinats

La qualitat de vida dels ciutadans està fortament determinada per la qualitat ambiental dels espais on viuen. A Barcelona podem considerar dos tipus d'espais públics, segons la seva configuració física: oberts (parcs, places, platges, carrers i vials) i confinats (bars, restaurants, locals d'esbarjo, hospitals, transports, etc.). Segons la titularitat, hi ha els espais públics pròpiament i els privats de concurrència pública. La responsabilitat pel que fa a la salut pública i als instruments de control ambiental són diferents en ambdós casos.

Espais oberts

Respecte de la qualitat de l'aigua i la sorra de les platges, cal destacar que al principi de juliol del 2006 es va incorporar una nova platja denominada de Llevant (antic Camp de la Bota), i l'ASPB va incorporar-la al Programa de control de la qualitat sanitària de les platges.

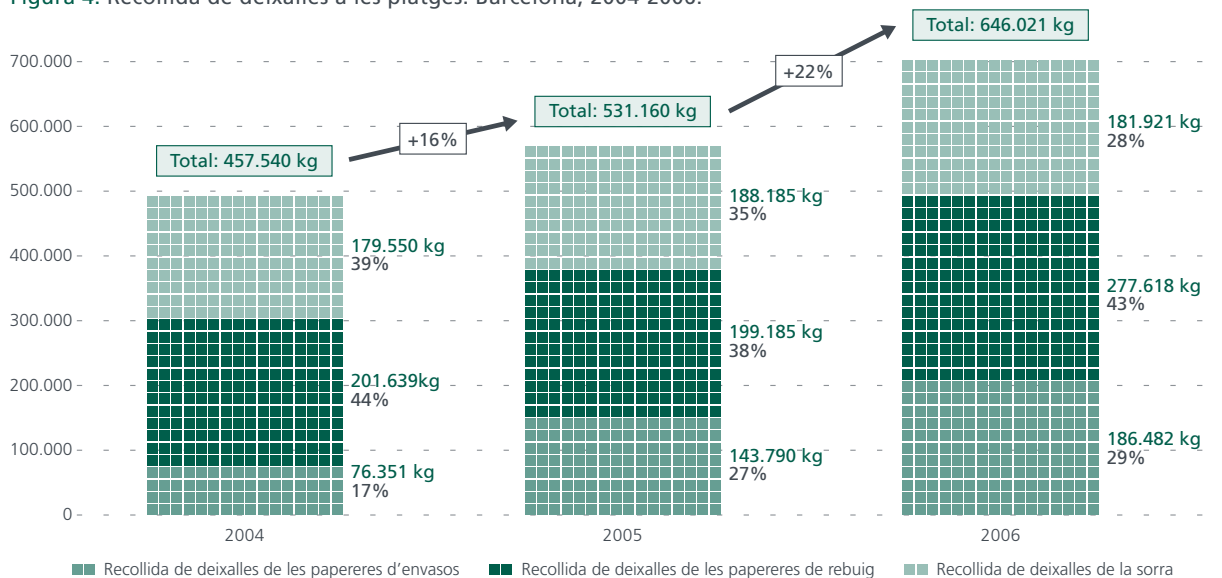
La qualitat sanitària de l'aigua de totes les platges només s'ha vist alterada puntualment per alguns dies de pluges (que també influeixen en la qualitat de la sorra), però la valoració al final de la temporada s'ha mantingut dins dels límits

imperatius i guia que fixa la reglamentació vigent (Reial decret 734/1988). Ni tan sols les incidències esdevingudes a l'estació depuradora d'aigües residuals del Besòs entre els dies 8 i 15 de juliol, per un accident a la planta de tractament de fangs, van afectar negativament la qualitat de les aigües de bany. Comparativament, les platges de la Barceloneta (Orientals i Sant Sebastià) presenten resultats de qualitat inferior. Durant la temporada de bany del 2006 es van recollir 120 m³ de deixalles a l'aigua de les platges, i els valors més elevats (30 m³) corresponen a Sant Sebastià.

Les característiques microbiològiques de la sorra de les platges, valorant la concentració de coliformes fecals i la presència de gèrmens patògens de referència, es poden qualificar de molt bones. Les dades obtingudes són similars a les de campanyes anteriors i posen de manifest una bona eficàcia en les actuacions d'aireig de la sorra i de recollida de deixalles. La pitjor qualitat relativa de les sorres apareix a les platges de la Barceloneta.

L'Institut Municipal de Parcs i Jardins recull i registra diferents indicadors de qualitat als parcs, els jardins i les platges de la ciutat. Els residus recollits a les platges han augmentat un 16% de l'any 2004 al 2005, i un 22%, del 2005 al 2006. L'any 2006 es van recollir 277.618 kg de residus assimilables a deixalles urbanes, predominantment orgàniques, i 181.921 kg de residus a l'arena (vegeu la figura 4). S'ha observat que a mesura que es promouen més activitats culturals o de lleure als espais oberts (com platges o parcs) i aquestes són més

Figura 4. Recollida de deixalles a les platges. Barcelona, 2004-2006.



Els espais públics oberts i confinats

38

acceptades per la població, augmenten les deixalles recollides, especialment els envasos. L'abandó de restes de menjar i envasos pot provocar un augment de poblacions de determinats animals, com ara rates i paneroles.

Les colònies de gats urbans conviuen en el nostre entorn i formen part de la fauna consolidada que, per a un gran nombre de ciutadans, donen vida i encant a molts dels espais públics de la nostra ciutat. No obstant això, en determinades circumstàncies poden ocasionar molèsties i queixes de convivència en llocs concrets. Segons l'enquesta Omnibus municipal realitzada l'any 2006, el 40,3% dels consultats manifesten que acostuma a haver-hi gats pels carrers del seu barri. Les molèsties principals que ocasionen són la brutícia i els excrements (52,1%), els sorolls i vocalitzacions durant el període d'estiu i la lliure circulació pels espais públics (24%).

L'ASPB, en col·laboració amb entitats animalistes, promou la creació de colònies de gats controlades per evitar-ne la superpoblació, reduir els conflictes i minimitzar les molèsties que poden generar els gats als espais urbans. El programa consisteix a capturar, esterilitzar i tornar els animals a la colònia original. El nombre de gats esterilitzats al Centre d'Acol·lida d'Animals de Companyia, en el context d'aquest programa de control, ha passat de 159 al 2005 a 342 al 2006.

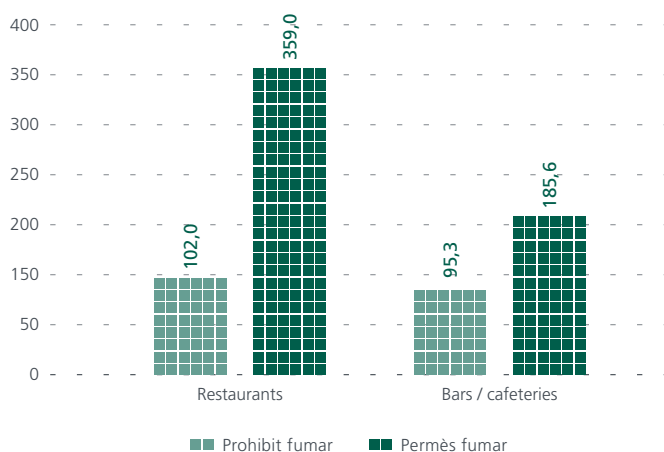
Espais confinats

Sovint els nivells de contaminació de l'aire són més elevats en ambients interiors que en exteriors. La contaminació en ambients interiors és molt diversa: trobem aerosols; fum del tabac; fum procedent de la preparació de menjars o els introduïts pels circuits de refrigeració; els gasos produïts per cuines, estufes, assecadores o cremadors de fuel, i pesticides, desinfectants o productes de neteja. Generalment, no es disposa de dades sobre els nivells d'aquests contaminants en ambients interiors. Sí que s'han determinat els nivells de nicotina en fase vapor com a marcador del fum ambiental de tabac en bars i restaurants de Barcelona per tal d'avaluar l'aplicació de la Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme. Aquestes dades han mostrat

nivells de fum ambiental de tabac molt elevats (amb una mitjana superior a $2,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de nicotina) als locals en què es permetia fumar, mentre que als locals on s'ha prohibit fumar s'ha observat una disminució del 94%, transcorregut un any de la implantació de la llei. Tanmateix, als locals d'hostaleria s'han mesurat les partícules $\text{PM}_{2,5}$ després de la implantació de la llei, i s'han trobat nivells de contaminació molt elevats i amb diferències significatives entre els locals on estava prohibit fumar i on estava permès fer-ho (vegeu la figura 5).

Els estils de vida han canviat molt, i la població cada cop passa més temps en espais tancats on es realitzen activitats col·lectives i, en conseqüència, la seva qualitat ambiental influeix de manera creixent en la salut pública. Cal revisar profundament la part relacionada amb els determinants ambientals associats amb els espais confinats de concurrència pública en les estratègies de vigilància i millora de la salut col·lectiva. En aquest context, els sistemes d'informació en salut ambiental no han evolucionat adequadament, i existeix un dèficit molt important en comparació del medi atmosfèric obert, el medi aquàtic i les aigües de consum humà. Per a aquests últims, disposem de dades de qualitat ambiental des de fa més de 20 anys, però això no passa amb els ambients confinats. Cal, doncs, prioritzar decididament la recerca en aquest camp i endegar sistemes d'informació adequats.

Figura 5. Concentració mitjana de $\text{PM}_{2,5}$ ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) en locals d'hostaleria segons el criteri d'aplicació de la Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme. Barcelona, 2006.



Font: Servei d'avaluació i mètodes d'intervenció, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: Aquests resultats formen part d'un estudi pilot realitzat en 15 locals (7 restaurants i 8 bars i cafeteries) de Barcelona portat a terme el 2006 per l'ASPB.

L'atenció primària de salut

El territori de Catalunya es divideix en àrees bàsiques de salut (ABS); Barcelona en disposa de 66. L'activitat generada per l'atenció primària es desenvolupa en els centres d'atenció primària (CAP), on s'ubica l'equip d'atenció primària (EAP) i també es poden ubicar especialistes, a més de serveis diagnòstics o unitats d'atenció específiques. Els EAP estan gestionats per diferents proveïdors; l'Institut Català de la Salut gestiona un 74% dels EAP de la ciutat, i la resta es distribueix entre altres entitats gestores.

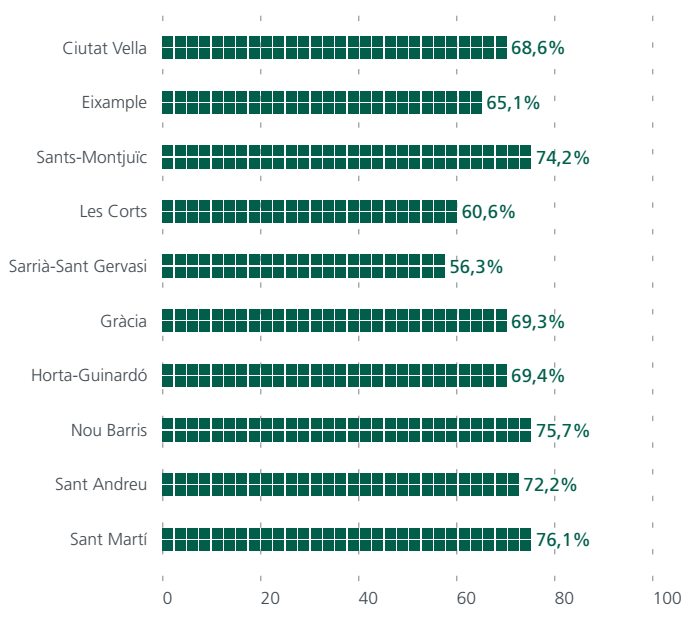
El conjunt dels EAP han atès un total de 1.125.316 persones, fet que representa un 69,3% de la població de referència (població adscrita als EAP), amb una mitjana de 8,2 visites per persona. La distribució varia segons els districtes de Barcelona, i la xifra més alta és al districte de Sant Martí, mentre que la més baixa s'observa a Sarrià-St. Gervasi, probablement per la doble cobertura sanitària existent (vegeu la figura 6).

Com a novetat, i en el context del plantejament del mapa sanitari, Barcelona es configura en 4 àrees funcionals: Barcelona Nord, Barcelona Esquerra, Barcelona Dreta i Barcelona Litoral Mar. A més, amb l'objectiu d'adequar la gestió dels recursos sanitaris a la proximitat del ciutadà i per reforçar la continuïtat assistencial, es crea l'oficina de gestió clínica de pacients. Es tracta d'una estructura funcional per al suport de la gestió de continuïtat assistencial en el territori que integra les diferents línies de serveis, centrada a prioritzar la població diana. Aquesta població engloba els malalts fràgils, malalts amb atenció domiciliària, malalts amb requeriments socials, malalts amb estratègia de preparació a l'alta (Pre-alt), malalts amb accessibilitat a la llarga estada i malalts aguts susceptibles de polítiques de subaguts i mitja estada.

S'han designat professionals de referència per a cada institució del territori i es disposa d'una estructura física i funcional. Com a estructura física, s'ha dissenyat un punt o una oficina que permet disposar d'un espai comú per als professionals que hi treballin procedents de les diferents institucions. Disposarà d'un sistema d'informació per poder establir fluxos àgils entre

les entitats i els professionals participants. Les diferents entitats assignaran els membres a l'oficina de gestió clínica, tot acordant els recursos, la presència física i l'estratègia virtual de relació.

Figura 6. Proporció de població atesa pels equips d'atenció primària en relació amb la població adscrita segons el districte municipal. Barcelona, 2006.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

L'atenció a les urgències

40

Les urgències constitueixen una part fonamental del sistema sanitari, tant per la quantia de les assistències que realitzen com pel paper d'assumir la immediatesa i la gravetat de la patologia atesa, sigui real o pressentida com a greu.

Ja des de la passada dècada es realitza la incorporació dels diferents recursos implicats en l'atenció a les urgències: xarxa hospitalària d'utilització pública, servei coordinador d'urgències de Barcelona SCUBA-061, centres d'atenció continuada i atenció primària de salut. També es dissenya i elabora un Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), gràcies al treball i consens entre estructures del CatSalut, del Consorci Sanitari de Barcelona, de les regions sanitàries i dels diferents proveïdors.

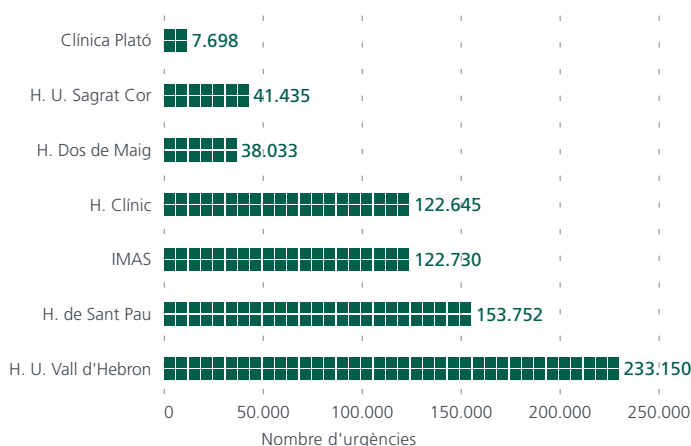
Enguany hi ha hagut un total de 719.443 urgències hospitalàries en els diferents hospitals públics de la ciutat (vegeu la figura 7). De totes les visites urgents que s'atenen, n'ingressen entre un 10% i un 12%, en funció de diferents factors, com pot ser la gravetat de la patologia, l'edat del pacient, la comorbiditat acompanyant i el període de l'any.

En les urgències extrahospitalàries, s'observa una disminució important de les visites urgents a domicili en l'atenció primària, motivada principalment per la posada en marxa de programes d'atenció domiciliària (ATDOM) que, a banda de donar assistència domiciliària a persones grans, inclouen una sèrie d'activitats que es realitzen en el domicili de la persona que no pot desplaçar-se al centre d'atenció primària per rebre atenció. La resta de línies extrahospitalàries han augmentat l'activitat des del 1999 fins al 2006: el CCU-061, un 11,7%, i les visites ateses als centres d'atenció continuada, un 35,6% (vegeu la figura 8).

L'atenció continuada realitzada als centres d'atenció primària ha donat resposta a un 43% del total d'urgències extrahospitalàries, un 31% de les quals han estat en diumenges i dies festius. En el global de Barcelona ciutat, mentre els dies laborables es fan unes 39 visites/dia, els festius i diumenges es fan 82 visites/dia.

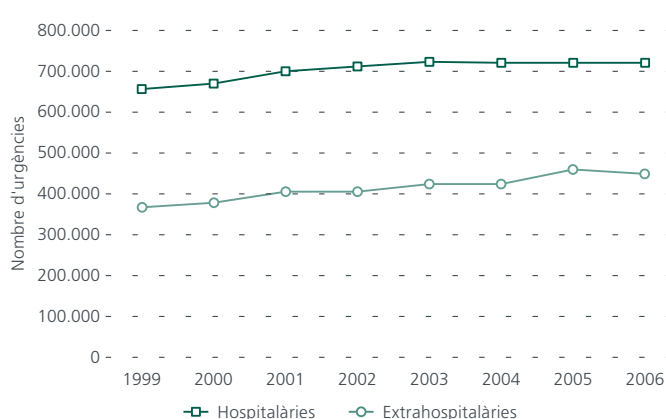
De fet, s'han invertit molts esforços per poder donar una resposta adequada a la demanda existent. Així, quan s'identifiquen períodes crítics, com Nadal, Setmana Santa i alguns dies festius seguits, períodes en què es preveu un increment d'activitat, hi ha una ampliació de recursos així com una forta interacció entre els diferents centres sanitaris.

Figura 7. Nombre d'urgències hospitalàries ateses als hospitals públics. Barcelona, 2006.



Font: Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), Consorci Sanitari de Barcelona.

Figura 8. Nombre d'urgències hospitalàries i extrahospitalàries. Barcelona, 1999-2006.



Font: Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), Consorci Sanitari de Barcelona.

L'atenció especialitzada hospitalària

L'activitat que realitzen els hospitals d'aguts té un pes important en el conjunt dels recursos sanitaris. Ateses les característiques i la tipologia dels hospitals públics d'aguts de Barcelona, habitualment s'atén un important nombre de pacients de fora de la ciutat. Durant l'any 2006, un 33,4% de les altes hospitalàries han correspost a població resident fora de la ciutat. En canvi, un 8,6% de la població resident a Barcelona ha estat atesa en hospitals de fora de la ciutat.

En analitzar les característiques d'edat i sexe de la població resident a Barcelona ingressada, cal destacar que la major activitat s'ha produït en les edats extremes de la vida: els menors d'un any d'edat (taxes d'hospitalització de 590 homes i 550 dones per 1.000 habitants) i a partir dels 65 anys (taxes d'hospitalització de 325,6 homes i 151,9 dones per 1.000 habitants). El quadre 7 presenta la distribució de les altes de la població resident a Barcelona segons el sexe i el grup d'edat.

Un 45,6% de les causes d'hospitalització han estat d'etiologia mèdica, i un 53,9%, quirúrgica, de les quals un 39,1% ha correspost a cirurgia major ambulatoria. Els diagnòstics mèdics més freqüents han estat les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits, les malalties de l'aparell digestiu, les de l'aparell circulatori i les neoplàsies, que varien segons el grup d'edat i el sexe dels pacients ingressats. Els procediments quirúrgics més freqüents en les dones han estat les operacions del sistema musculoesquelètic, les operacions d'ulls i els procediments obstètrics. En els homes destaquen les operacions de l'aparell digestiu, les del sistema musculoesquelètic i les operacions d'ulls (vegeu la figura 9).

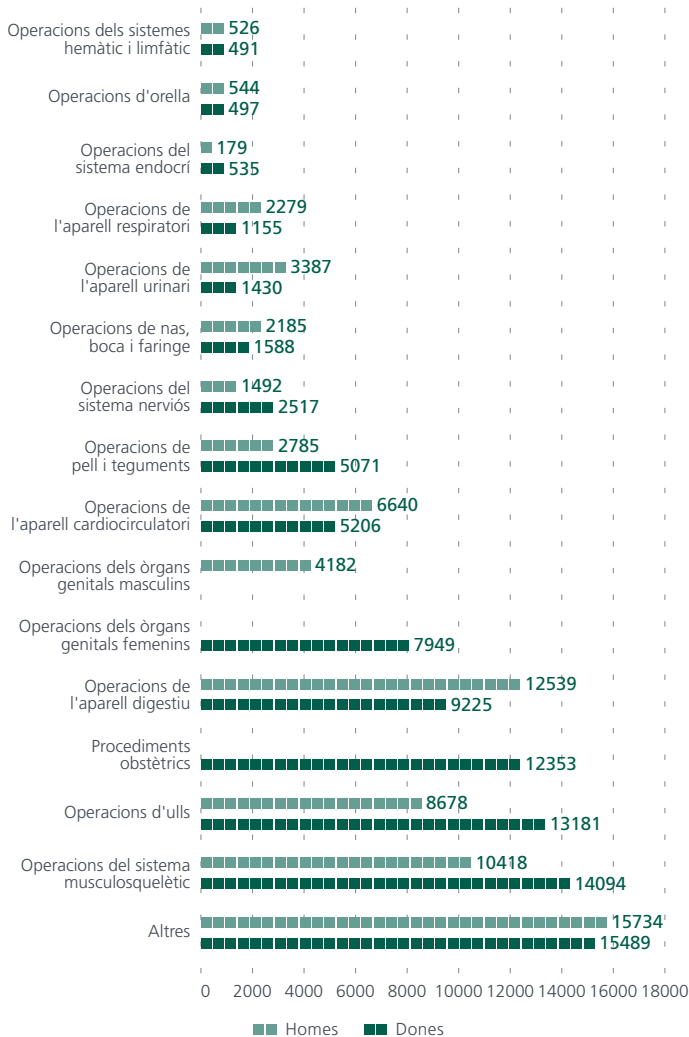
Quadre 7. Distribució de les altes hospitalàries d'aguts segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006.

	< de 14 anys	15-44 anys	45-64 anys	> de 65 anys	Total
Dones	55,7	85,6	60,8	151,9	123,6
Homes	72,8	44,8	112,2	325,6	113,1

Font: Consorci Sanitari de Barcelona, CatSalut.

Nota: Taxes d'hospitalització per 1.000 habitants.

Figura 9. Nombre d'altes en hospitals públics d'aguts segons el sexe i el procediment quirúrgic agrupat. Barcelona, 2006.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona, CatSalut.

L'atenció sociosanitària

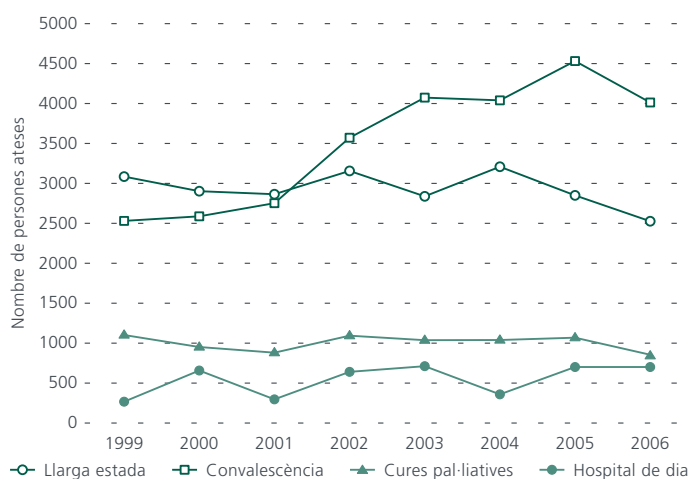
42

Durant aquest any s'ha continuat amb el Pla de millora de les estructures dels equipaments sociosanitaris de la ciutat. Han finalitzat les obres de l'antic geriàtric municipal, que acull places de llarga i mitja estada gestionades per un proveïdor amb una àmplia experiència en el sector. S'ha tancat l'Hospital de Sant Gervasi i s'ha traslladat la seva activitat a un nou equipament ubicat a l'Hospitalet, però vinculat a la ciutat de Barcelona pel que fa als fluxos de malalts. També han iniciat activitat per la xarxa d'utilització pública tres nous centres situats a Gràcia i Les Corts. Aquestes operacions han permès incrementar el nombre de recursos sociosanitaris.

D'altra banda, s'han constituït quatre comissions de coordinació sociosanitàries corresponents a les zones d'influència hospitalàries. El paper d'aquestes comissions és crear un espai d'intercanvi i comunicació entre tots els dispositius assistencials implicats en l'atenció a la gent gran, i promoure la millora de la qualitat i la continuïtat assistencial en cadascun dels territoris de la ciutat. La gestió conjunta de la llista d'espera per a l'accés a la llarga estada ha millorat ostensiblement els temps de resolució per l'ingrés i també ha propiciat la unificació de criteris d'accés, de pràctiques assistencials i de continuïtat en l'atenció. Així mateix, en aquest context s'ha donat el marc idoni de col·laboració per establir sinergies entre els proveïdors i els diferents àmbits assistencials.

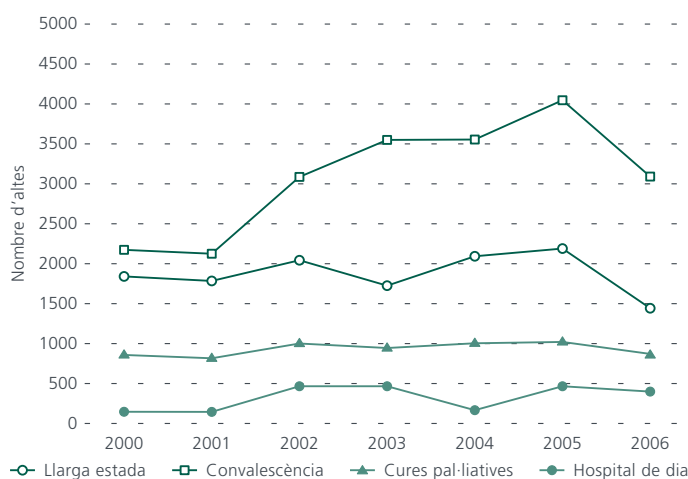
L'any 2006 s'han atès 7.409 persones en els recursos d'internament, 2.523 en llarga estada, 4.022 en convalsència i 864 en cures pal·liatives (vegeu la figura 10). L'estada mitjana ha estat de 158,8 dies en llarga estada, de 61 en convalsència i de 49,2 en cures pal·liatives. A l'hospital de dia s'han atès 693 persones, i l'estada mitjana ha estat de 392,2 dies. Pel que fa als equips de suport especialitzat, els PADES han atès 6.553 persones; les UFISS, 3.062 persones, i 3.491 persones han estat visitades a les consultes externes especialitzades en geriatría, trastorns cognitius i cures pal·liatives. L'edat mitjana de les persones ateses ha estat de 76,3 anys a la llarga estada, 79 a la convalsència, 75 a les unitats de cures pal·liatives i també a l'hospital de dia.

Figura 10. Evolució de les persones ateses als centres sociosanitaris. Barcelona, 1999-2006.



Font: Avaluació 2006, Regió Sanitària de Barcelona.

Figura 11. Evolució de les altes als centres sociosanitaris. Barcelona, 2000-2006.



Font: CMBD-SS, CatSalut.

Nota: l'any 2006 ha canviat la font d'informació que s'havia utilitzat fins el moment (avaluació de la Regió Sanitària de Barcelona)

L'atenció a la salut mental

L'elevada prevalença de trastorns mentals no greus, el consum de drogues i d'alcohol i els anomenats «problemes de la vida» provoquen una alta demanda de serveis als equips d'atenció primària. Aquesta situació, juntament amb l'augment dels factors de risc i amb la manca de temps dels professionals, porta sovint a una resolució parcial del problema i a una fàcil medicalització.

El Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiAd) ha identificat que a Catalunya, per comparació a Europa, hi ha més població que consulta l'atenció primària de salut per problemes de salut mental, més derivacions a l'especialista, més prevalença atesa a la xarxa especialitzada de patologies de baixa complexitat i menys atenció psicològica, tant a l'atenció primària de salut com a l'especialitzada. Per tant, aquest pla director recull la necessitat d'un canvi de model en l'atenció als problemes de salut mental i impulsa un nou model d'organització amb una visió àmplia del sistema de salut. Aquest sistema inclou tant una perspectiva assistencial com de salut pública pel que fa al compromís sanitari dels àmbits de promoció i prevenció. Impulsa un nou model que es basa en la integració, coordinació i cooperació de tots els serveis de salut.

El nou model proposat s'organitza en tres grans àmbits d'intervenció, diferenciats segons els problemes de salut, la tipologia o complexitat de les intervencions, i l'entorn dels serveis on aquestes intervencions són més eficients. Així, en funció de la intensitat i l'especificitat de les intervencions, es pot parlar de tres nivells de resposta de baixa, mitjana i alta complexitat amb la implicació de diferents professionals i realitzades en entorns també diferents. Els tres nivells responen a:

- + Intervencions en l'atenció primària de salut, amb el suport de l'especialitzada.
- + Tractaments especialitzats experts, per a programes i guies clíniques.
- + Tractaments integrals per a persones amb trastorns greus de llarga evolució i risc de discapacitat.

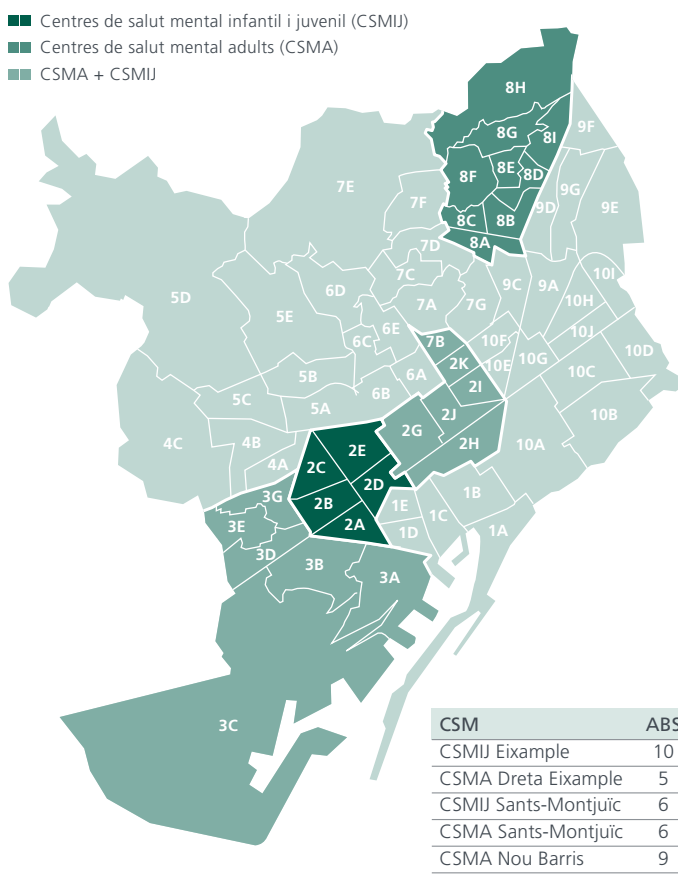
Les directrius per a aquest canvi vénen marcades per la definició de la cartera de serveis de salut mental i addiccions a l'atenció primària de salut,

que implica un nou model de cooperació entre els equips d'atenció primària i els especialitzats d'atenció a la salut mental, i que comporta també una millora de l'oferta de serveis dels centres de salut mental. Els àmbits d'intervenció de l'atenció primària de salut on s'incorporen intervencions específiques de salut mental inclouen:

- + Promoció i prevenció en salut mental.
- + Detecció precoç dels trastorns mentals.
- + Atenció i resolució dels problemes de salut mental més prevalents.
- + Col·laboració i cooperació amb l'atenció especialitzada per a l'atenció integral dels pacients amb trastorns mentals greus.

El projecte ha iniciat la seva implantació a Barcelona als territoris que es mostren a la figura 12.

Figura 12. Desplegament de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut. Barcelona, 2006.



L'atenció a les drogodependències

44

Els tractaments per abús o dependència de substàncies psicoactives

Al quadre 8 es pot veure l'activitat realitzada en els centres de tractament de drogues gestionats per l'ASPB. El nombre de pacients en tractament ha estat bàsicament per heroïna i alcohol i, en menor proporció, per cocaïna i altres drogues (tabac, benzodiazepines, amfetamines, cànnabis, etc.), tot i que les primeres visites han estat bàsicament d'alcohol i cocaïna.

Pel que fa a l'activitat realitzada, tot i l'increment en els darrers anys de les visites inicials per cocaïna i altres drogues –bàsicament, tabac– i la disminució de visites realitzades per heroïnòmans, el gran volum de visites ha continuat sent a càrrec dels pacients d'heroïna que estan en tractament amb metadona. El 41% de les visites especialitzades (metge, psicòleg/psiquiatre i treballador social) que s'han realitzat als CAS són en usuaris d'heroïna; el 31%, en addictes a l'alcohol, i sols el 19%, en cocaïnòmans. Si a aquestes dades d'activitat se'ls afegixen les dispensacions de metadona fetes pel personal d'infermeria –103.473 l'any 2006–, s'observa que els CAS de Barcelona han atès bàsicament heroïnòmans.

Quadre 8. Pacients en tractament, primeres visites i visites successives als centres d'atenció i seguiment de les drogues (CAS) de titularitat municipal¹ segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2000-2006.

Pacients en tractament	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alcohol	1.261	1.592	1.815	2.028	2.238	2.158	2.241
Heroïna	3.282	3.237	2.947	2.794	2.782	2.638	2.495
Cocaïna	731	764	783	937	1.109	1.234	1.311
Altres ²	359	396	619	1.129	1.319	1.216	1.258
Total pacients atesos	5.633	5.989	6.164	6.888	7.448	7.246	7.419
Primeres visites							
Alcohol	664	869	1.004	1.098	1.194	1.045	1.162
Heroïna	931	779	656	560	520	396	446
Cocaïna	433	453	489	590	716	732	671
Altres ²	126	198	453	821	730	634	608
Total primeres visites	2.154	2.299	2.602	3.069	3.160	2.807	2.887
Visites successives ³							
Alcohol	27.423	36.396	45.020	58.576	54.270	49.409	54.861
Heroïna	112.344	121.724	125.729	164.685	164.015	90.509	73.242
Cocaïna	17.377	17.888	17.957	24.959	30.553	30.732	34.425
Altres ²	3.307	4.450	9.632	17.195	17.681	15.254	14.615
Total visites	160.451	180.458	198.338	265.415	266.519	185.904	177.143

Font: Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ CAS: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Vall d'Hebron i Barceloneta. ² Altres: cànnabis, amfetamines, drogues de disseny, tabac i benzodiazepines.

³ Les visites successives són sense tenir en compte la dispensació de metadona.

Les urgències hospitalàries en persones consumidores de drogues il·legals

Tal com es pot veure al quadre 9, el nombre total d'urgències (4.962) i el nombre de persones ateses (3.352) per consum de drogues s'ha mantingut estable en els darrers anys. Allò que ha canviat és el perfil d'usuari atès als serveis d'urgències. Per una banda, s'observa que les urgències per cocaïna i cànnabis han augmentat, i per l'altra, que les urgències en què està implicada l'heroïna o algun opiaci, com la

metadona, han disminuït de forma important. Les urgències ocasionades per la combinació d'algun opiaci i cocaïna s'han mantingut estables.

Els usuaris que han consumit opiacis sols o conjuntament amb cocaïna són els qui han tingut un índex de freqüentació -el nombre d'urgències per usuari- més elevat (1,7 visites els qui consumeixen opiacis sense cocaïna i 1,8 visites els d'opiacis amb cocaïna). El cànnabis és la substància que ha tingut una freqüentació més baixa, amb 1,2 visites per usuari, i els consumidors de cocaïna han causat 1,4 visites per usuari.

Quadre 9. Nombre d'urgències en consumidors de drogues il·legals i de pacients atesos segons la substància consumida. Barcelona, 2000-2006.

Urgències segons substància ¹	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Opiacis	2.731	2.301	2.237	1.899	1.433	1.408	1.146
Opiacis i cocaïna	831	857	988	829	701	717	640
Cocaïna	1.279	1.155	1.351	1.523	1.751	2.100	2.121
Cànnabis	88	99	147	112	131	841	681
Altres ²	408	399	406	305	390	383	374
Total urgències	5.337	4.811	5.129	4.668	4.406	5.449	4.962
Nombre de pacients							
Opiacis	1.587	1.535	1.425	1.162	985	940	677
Opiacis i cocaïna	463	499	576	499	424	422	352
Cocaïna	950	881	1.022	1.173	1.354	1.610	1.528
Cànnabis	74	92	136	92	121	745	550
Altres ²	345	248	273	259	256	172	245
Total pacients atesos	3.419	3.255	3.432	3.185	3.140	3.889	3.352
Índex de freqüentació							
Opiacis	1,77	1,52	1,57	1,63	1,52	1,68	1,69
Opiacis i cocaïna	1,79	1,72	1,72	1,66	1,65	1,70	1,82
Cocaïna	1,35	1,31	1,32	1,30	1,29	1,30	1,39
Cànnabis	1,19	1,08	1,08	1,22	1,08	1,13	1,24
Altres ²	1,06	1,49	1,49	1,18	1,32	1,41	1,53
Índex total	1,56	1,48	1,49	1,47	1,40	1,40	1,48

Font: Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ S'ha considerat una droga principal d'urgència; posat cas que n'hi hagi més d'una, s'ha considerat la droga amb més risc. ² Altres: amfetamines, drogues de disseny, benzodiazepines i altres substàncies psicoactives.

La prestació farmacèutica

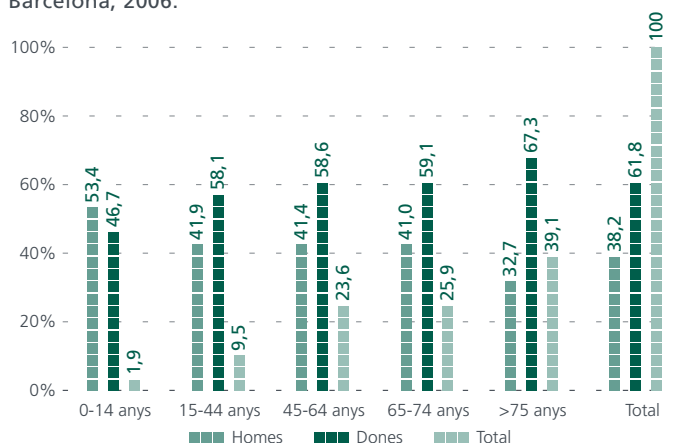
46

L'increment de la prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2005 ha estat d'un 3% en receptes i d'un 4,3% en import. Aquest increment es justifica, en part, per la major detecció, prevenció i tractament de patologies, l'envelliment de la població i la utilització de teràpies combinades. A la figura 13 s'observa el percentatge d'envasos prescrits l'any 2006 segons el sexe i el grup d'edat. Les dones reben un 61,8% dels envasos dispensats, i la població major de 65 anys en rep un 65%. El percentatge d'envasos de genèrics dispensats ha estat d'un 21,5%, i representa un increment en envasos del 16,6% respecte a l'any anterior i un 13,4% en import.

La proporció de la despesa i l'increment anual dels 20 primers subgrups terapèutics ha suposat el 73,2% de la despesa total (PVP) d'especialitats farmacèutiques (vegeu el quadre 10). Cinc subgrups terapèutics han representat el 31,9% de l'import (antidepressius, preparats hipolipemians/antiateromatosos, broncodilatadors i altres antiasmàtics, antiúlcers pèptics i antipsicòtics). Respecte a l'increment, el grup que creix més (23,1%) és el

d'altres preparats actius sobre el sistema nerviós central (inclou els fàrmacs per a la demència). Pel que fa als envasos, el subgrup dels inhibidors de l'agregació plaquetària presenta l'increment més alt (46,6%).

Figura 13. Distribució dels envasos segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006.



Font: DataMart de farmàcia del CatSalut, Consorci Sanitari de Barcelona.

Quadre 10. Percentatge de despesa i increment en import i nombre d'envasos per subgrup terapèutic. Barcelona, 2006.

Codi ATC	Descripció	% sobre total PVP	Increment PVP 06/05	Increment envasos 06/05
N06A	Antidepressius	7,69%	3,51%	5,84%
B04A	Preparats hipolipemians/antiateromatosos	7,19%	4,04%	9,36%
R03A	Broncodilatadors i altres antiasmàtics	6,30%	-1,57%	-3,38%
A02B	Antiúlcers pèptics	5,59%	6,43%	10,74%
N05A	Antipsicòtics	5,16%	12,31%	5,54%
C02E	Hipotensors d'acció sobre el sistema renina-angiotensina	4,86%	2,88%	5,29%
C01D	Teràpia del miocardi	3,85%	-1,63%	1,79%
M05A	Altres preparats de l'aparell locomotor	3,65%	8,08%	14,19%
L02A	Hormonoteràpia antineoplàsica	3,39%	8,99%	6,83%
B01B	Inhibidors de l'agregació plaquetària	3,34%	8,22%	46,59%
N03A	Antiepilèptics	3,22%	16,90%	12,81%
C02F	Hipotensors i diürètics en associació	3,11%	8,59%	11,55%
G04B	Altres preparats urològics	2,98%	6,26%	7,58%
M01A	Antiinflamatoris i antireumàtics	2,46%	-3,01%	0,94%
A10A	Insulines	2,19%	13,99%	2,10%
N07A	Altres preparats actius sobre SNC	2,18%	23,05%	12,56%
S01E	Antiglaucomatosos	1,86%	3,25%	0,49%
V02A	Immunosupressors	1,54%	0,59%	3,97%
N02A	Analgèsics opioides	1,40%	17,46%	25,71%
A10B	Antidiabètics orals	1,22%	5,91%	7,90%

Font: DataMart de farmàcia del CatSalut, Consorci Sanitari de Barcelona.

Les accions en salut pública

Les accions de suport a la Llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme, que va entrar en vigor a l'Estat espanyol l'1 de gener de 2006, i la potenciació de la intervenció preventiva en la població adolescent, que ja es duia a terme a Barcelona des de la primèria dels anys 90 amb el Programa salut i escola, són alguns exemples de temes que han ocupat als serveis de salut pública de la ciutat durant l'any 2006.

Espais sense fum: entrada en vigor de la Llei 28/2005 a la ciutat

L'estratègia seguida per l'ASPB per dur a terme un bon compliment de la llei s'ha basat en quatre eixos: garantir un elevat nivell d'informació al públic i als sectors regulats, així com la mobilització d'altres parts amb responsabilitat en el correcte compliment de la normativa; estimular les denúncies ciutadanes per a la detecció d'incompliments i conferir-los prioritats; augmentar l'eficiència de les accions d'inspecció concentrant-les en dos grans blocs (els establiments inspeccionats per altres motius i els denunciats per ciutadans); recórrer a les accions més coercitives a partir del mes de setembre, que és quan es va extingir la moratòria per a la separació de zones de fumadors en alguns establiments.

Les accions informatives han estat destinades a la difusió en els mitjans de comunicació i a la disponibilitat dels telèfons d'informació habilitats

pel Ministerio de Sanidad y Consumo i pel Departament de Salut, a més de l'ús d'Internet. L'ASPB ha realitzat accions proactives de contacte amb actors clau en sectors sensibles (transport, universitats, comerç, gremis, etc.), ha facilitat informació i ha ofert assessorament i elements de senyalització.

Es va oferir a les entitats ciutadanes actives la possibilitat de realitzar queixes o denúncies, fins i tot directament des de les seves webs. Es va clarificar el circuit als telèfons d'informació al públic de l'Ajuntament i de la Generalitat, i l'ASPB ha assumit el paper de centralitzar les denúncies a la ciutat, que en cas de ser competència d'altres organismes, les ha derivat.

La implantació de la llei als centres de treball, educatius i de transport ha succeït sense incidents ni queixes rellevants ja en el període inicial, llevat d'algun cas. En el sector alimentari, que és on l'ASPB té expressament conferida l'autoritat sanitària, el procés ha estat més complex per l'existència de normes peculiars per a bars i restaurants, amb moratòries per a l'entrada en vigor d'alguns preceptes, i per l'existència de comerços amb degustació que tendeixen a comportar-se com bars o cafeteries (sovint pastisseries o fleques, on regeix la prohibició total de fumar). Es calculen un total de 215,6 denúncies per 1.000.000 persones/any. A partir del mes de setembre, les inspeccions desencadenades per denúncies ciutadanes van resultar en la incoació de 33,7 expedients sancionadors per 1.000.000 persones/any per falta greu, com és permetre fumar o habilitar zones per fumar de forma inadequada. A la meitat d'aquests expedients, se'ls van presentar al·legacions, gairebé sempre amb la implicació formal d'advocats. Als dos mesos d'incoar l'expedient s'havia imposat una sanció al 50% dels casos (vegeu el quadre 11). A la resta de Catalunya, s'han incoat 115 expedients en 8 mesos per a una població de 5,5 milions (31,4 expedients per 1.000.000 habitants/any), fruit d'una labor inspectora molt més intensa. La participació ciutadana ha

Quadre 11. Accions administratives dels serveis de salut pública relatives al compliment de la regulació de la venda i el consum de tabac (Llei 28/2005). Barcelona, 2006-2007.

	Gener-agost 2006 (8 mesos)		Setembre 2006-abril 2007 (8 mesos)	
	Nombre d'accions	Accions per 1.000.000 habitants/any	Nombre d'accions	Accions per 1.000.000 habitants/any
Inspeccions	-	-	497	465,9
Denúncies ciutadanes	87	81,6	193	180,9
Altres denúncies	108	101,2	72	67,5
Total denúncies	195	182,8	265	248,4
Escrits d'avertència	167	156,6	164	153,7
Expedients sancionadors incoats	0	0	36	33,7
Expedients sancionadors resolts	0	0	12	11,2

Font: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les accions en salut pública

48

contribuït a focalitzar l'activitat, i ha augmentat el seu rendiment. La coordinació entre inspecció, tecnoestructura i alta direcció són crucials per avançar.

S'ha comprovat que la implantació efectiva de la llei necessita polítiques actives d'informació i comunicació, així com l'exercici de l'autoritat sanitària en el sector alimentari, on la llei planteja peculiaritats que no faciliten el seu compliment. La seva gestió requereix esforços dels serveis de salut pública i la definició de prioritats, però permet obtenir progressos.

Les dades sobre la percepció del públic obtingudes mitjançant enquestes completen la visió que proporcionen les activitats d'inspecció i control. A més, els estudis observacionals, com el realitzat per l'OCU (Organización de Consumidores y Usuarios), i els basats en l'anàlisi de mostres ambientals han completat la perspectiva.

El Programa salut i escola (PSiE)

Es tracta d'un programa d'àmbit català, impulsat des dels Departaments de Salut i d'Educació de la Generalitat, amb l'objectiu de millorar la salut dels adolescents a través d'accions de promoció de la salut, prevenció de les situacions de risc i atenció precoç als problemes de salut relacionats preferentment amb: la salut mental, la salut

afectiva i sexual, el consum de drogues, legals i il·legals i els trastorns relacionats amb l'alimentació a l'escola, i amb la cooperació entre els centres educatius i els serveis de salut i comunitaris presents al territori.

A la ciutat de Barcelona, l'inici d'aquest programa en el curs escolar 2004-2005 va suposar alguns canvis substancials en la llarga trajectòria de la intervenció preventiva que des de l'ASPB s'estava potenciant i duent a terme des de l'inici dels anys 90. El nou lideratge que la comunitat educativa ha pres al PSiE és un factor que ha de determinar una major implantació de les intervencions preventives. I l'altre canvi substancial és que el PSiE aproxima els serveis sanitaris als adolescents, principalment de 3er i 4rt curs d'ESO, traslladant un professional de l'equip d'atenció primària, habitualment una infermera, un dia la setmana, unes 2 hores, a tots els centres públics i concertats, a fi i efecte que l'alumnat hi pugui accedir de forma lliure i confidencial. Aquest recurs es denomina *consulta oberta*.

A la ciutat, les institucions impulsores del programa són el Consorci Sanitari de Barcelona i el Consorci d'Educació de Barcelona, i com a operadors en el programa hi són l'ASPB, especialment el Servei de Salut Comunitària i el Servei d'Orientació de Drogues (SOD), els diferents proveïdors d'atenció primària i els centres especialitzats en salut mental (CSM infantil i juvenil) i salut sexual i reproductiva (PASSIR).

El programa es va iniciar a la ciutat, de forma pilot, el curs 2004-2005 a tots els centres de secundària del districte de Ciutat Vella, i es va estendre a Nou Barris el curs 2005-2006, i a Horta-Guinardó, Sant Martí, Gràcia i Sant Andreu, aquest curs 2006-2007. Es preveu finalitzar la implantació a la resta de districtes en el proper curs escolar 2007-2008. Al quadre 12, es presenta un resum d'indicadors sobre el desenvolupament del PSiE el curs 2006-2007.

Quadre 12. Implantació del Programa salut i escola (PSiE) a la ciutat. Barcelona, curs 2006-2007.

Districte	Inici PSiE	Nombre de centres d'ESO	Visites a la consulta oberta	% de centres que fan algun programa preventiu
Ciutat Vella	Curs 2004-2005	13	633	100%
L'Eixample	Curs 2007-2008	27		
Sants-Montjuïc	Curs 2007-2008	17		
Les Corts	Curs 2007-2008	15		
Sarrià-Sant Gervasi	Curs 2007-2008	34		
Gràcia	Curs 2006-2007	14	Pendent inici curs 2007-2008	43%
Horta-Guinardó	Curs 2006-2007	25	-	80%
Nou Barris	Curs 2005-2006	25	492	68%
Sant Andreu	Curs 2006-2007	19	Pendent inici curs 2007-2008	26%
Sant Martí	Curs 2006-2007	23	301	52%

Font: Servei de Salut Comunitària, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Segons dades referides al curs escolar 2004-2005 i 2005-2006, als districtes de Ciutat Vella i Nou Barris, amb un total de 22 escoles públiques i concertades que van començar el programa, es van realitzar 1.246 visites a la consulta oberta. En aquest període, les noies han consultat més que els nois, en una proporció de 3 a 1 aproximadament, i la majoria de les consultes han estat per iniciativa dels adolescents (al voltant del 70%). Els temes tractats més sovint a la consulta oberta han estat els relacionats amb la sexualitat i l'afectivitat (especialment, en noies), seguits de la salut alimentària, i en una proporció inferior, la salut mental i les consultes sobre drogues (que inclou el tabac, l'alcohol i altres drogues).

Figura 14. Pòster del programa que informa de la consulta oberta.



Figura 15. Logotip del programa.





La nostra salut

51

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat a Barcelona

Com vivim

El medi ambient

L'aire

Les aigües de consum de proveïment públic

La seguretat alimentària

Els animals urbans

Els espais públics oberts i confinats

Els serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut maternoinfantil

Els problemes de salut específics

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents

Les lesions per col·lisions de trànsit

Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006

Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007

Les antenes de telefonia mòbil i la salut

Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

La salut a Barcelona 2006 en xifres

La salut maternoinfantil

52

A Barcelona, en els darrers anys, la natalitat s'ha incrementant de forma constant, tot i que és a partir de l'any 2000 que s'observa el major increment, en gran part originat per la forta immigració que s'ha produït en aquest darrer quinquenni. La taxa de fecunditat ha passat de 29,6 naixements per 1.000 dones en edat fèrtil (15-49 anys) l'any 1995 a 36,8 l'any 2005 (vegeu taula 1, pàgina 89). Atesa la millora en els sistemes d'informació, per a aquest any s'ha establert que la fecunditat ha variat segons el país d'origen de la mare, de forma que és més elevada en les dones provinents de països en vies de desenvolupament (41,6 per 1.000 dones) que en les autòctones (38,8 per 1.000 dones).

D'altra banda, els embarassos no planificats no han disminuït, ja que la taxa d'avortaments (interrupcions voluntàries de l'embaràs: IVE) s'ha mantingut al voltant de 12 per 1.000 dones, i són les dones joves i les de països en vies de desenvolupament, les que tenen la taxa més alta d'avortament (85 per 1.000 dones).

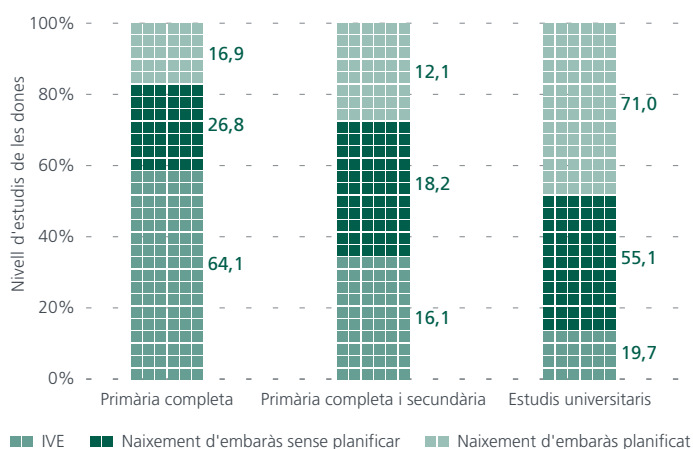
En un estudi recent s'ha establert que el 41% dels embarassos no s'havien planificat. D'aquests, el 25,6% van acabar en IVE i la resta, en naixement¹. També s'ha determinat que les dones més desfavorides (sense estudis primaris acabats) tenen més embarassos no planificats que les dones que tenen estudis primaris complets, secundaris i universitaris (vegeu la figura 1). Les dones amb estudis primaris inacabats s'han sotmès més freqüentment a una IVE més enllà de la setmana 12 i han tingut més IVE anteriors. De manera que el 7,4% de les dones que s'han sotmès a una IVE ja ho havien fet 2 o més vegades anteriorment. Aquest estudi conclou que hi ha desigualtats segons la posició socioeconòmica en la planificació i el desenllaç de l'embaràs.

Per tal de modificar les tendències d'IVE caldria apostar per la planificació de l'embaràs efectiva i universal per a tots els sectors socials, tot incrementant la informació i l'accés als anticonceptius efectius i inclouent-hi l'anticoncepció d'emergència i els mètodes permanents. D'altra banda, l'anticoncepció d'emergència té un gran potencial a l'hora de prevenir els embarassos no planificats i, possiblement, de reduir la taxa

d'avortaments. Caldria, doncs, promoure l'anticoncepció no només entre les adolescents, sinó també en aquells sectors socials que no arriben a l'educació secundària i que són els que tenen més risc de no planificar els embarassos.

Al quadre 1 es pot veure l'evolució de les vacunes i les seves cobertures, incloses al calendari vacunal infantil als 2 i 4 anys de vida. Aquestes dades són vacunacions notificades per correu per les famílies al registre de l'ASPB i no reflecteixen la situació real, sempre molt més elevada. En estudis poblacionals que l'ASPB fa periòdicament, es constata que les cobertures vacunals reals dels infants de Barcelona al primer any de vida es troben entre el 93% i el 99%².

Figura 1. Proporció de planificació de l'embaràs segons el nivell d'estudis de la dona. Barcelona, 1994-2003.



Font: Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. J Urban Health. 2007 (en premsa).

Referències bibliogràfiques

- 1 Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. J Urban Health. 2007 (en premsa).
- 2 Nebot M, Muñoz E, Figueres M, Rovira G, Robert M, Minguell D. Factores asociados con la cobertura vacunal declarada en la primera infancia: resultados de una encuesta telefónica. Rev Esp Salud Pública. 2001; 75(1): 63-9.
- 3 Direcció General de Salut Pública. Corbes de referència de pes, perímetre cranial i longitud en néixer de nounats d'embarassos únics, de bessons i trigèmins a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2007.

Quadre 1. Evolució de les cobertures vacunals notificades. Barcelona, 2000-2006.

Vacunes	Edat	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
3 DTP	2 anys	74,1	74,1	74,8	72,5	74,2	74,4	73,2
3 Pòlio	4 anys	71,0	73,1	74,0	74,1	74,8	72,5	74,2
4 DTP	2 anys	66,3	66,7	74,0	74,2	74,8	72,5	74,2
4 Pòlio	4 anys	65,0	66,2	66,3	66,7	66,8	65,6	66,7
3 Hib ¹	2 anys	10,5	29,3	64,3	69,0	71,6	72,5	71,3
4 Hib ¹	4 anys	2,3	2,7	8,3	24,7	54,6	61,4	63,2
1 TV	2 anys	67,7	69,0	68,9	67,7	68,7	66,9	64,9
	4 anys	65,6	66,9	67,7	69,0	68,9	67,7	68,7

Font: Registre de vacunacions, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: DTP: diftèria, tètanus, tos ferina. Pòlio: poliomièlitis. Hib: *Haemophilus influenzae* tipus b. TV: triple vírica (xarampió, rubèola, parotiditis).

¹ Vacuna introduïda al calendari vacunal el març de 1999.

A partir d'aquest informe de salut i en els propers, s'inclouran diversos indicadors de salut reproductiva en relació amb el fenomen migratori. En particular, a la taula 1 s'ha inclòs la taxa de fecunditat, d'IVE i d'embarassos en dones provinents de països en vies de desenvolupament segons grups d'edat de la dona.

Quant als resultats de l'embaràs, i a partir de la construcció de les taules de referència del creixement fetal de Catalunya, s'ha calculat la prevalença del baix pes en néixer per l'edat gestacional per a Barcelona³.

Per tal d'omplir els valors on no constava informació, dels anys 2003, 2004 i 2005, tant el baix pes en néixer com la prematuritat s'han calculat amb dades pròpies del Registre de naixements de l'ASPB, connectades amb les dades de naixements del Programa de salut maternoinfantil de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. S'han recalculat totes les dades anuals, ja que aquesta serà la font d'informació que s'utilitzarà a partir d'ara per ser comparable al llarg del temps. El baix pes per l'edat gestacional s'ha calculat per tots els anys utilitzant el percentil 3.

La tuberculosi

54

L'any 2006 s'han detectat 699 casos de tuberculosi, dels quals 451 són residents a la ciutat. Aquesta xifra representa una incidència de 27,7 casos per 100.000 habitants. Respecte de l'any anterior, hi ha hagut una davallada del 6,8%, que situa el decrement mitjà anual des de l'any 2000 en un 4%.

Els canvis demogràfics observats a la ciutat en els darrers anys han tingut impacte en l'endèmia tuberculosa; aquest darrer any s'ha observat que el 44% dels casos de tuberculosi havien nascut fora de l'Estat espanyol. La majoria provenien de l'Amèrica Llatina, sobretot de Bolívia, el Pakistan i el Marroc. La incidència entre les persones immigrants ha estat més de tres vegades superior a la de les persones nascudes a l'Estat espanyol, i ha arribat a 62,6 casos per 100.000 habitants en persones immigrants i a 19,1 en autòctons (vegeu la figura 2). La davallada de la malaltia també ha estat diferent entre les dues comunitats: ha estat del 14% en persones autòctones i només del 0,7% en persones immigrants.

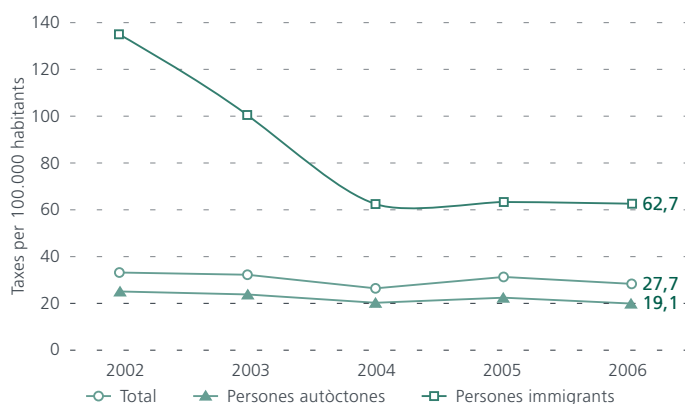
La tuberculosi ha estat més freqüent en homes, i la incidència ha estat de 37,6 casos per 100.000 habitants (293 casos) i de 18,3 casos per 100.000 habitants en les dones (158 casos). En persones autòctones la incidència ha estat més elevada en el grup de 65 o més anys, en canvi, entre persones immigrants la malaltia ha estat més freqüent en el grup de 15 a 24 anys, tant en homes com en dones (vegeu la figura 3). Ciutat Vella és el districte on hi ha hagut més incidència (79 casos per 100.000 habitants), seguit de Sants-Montjuïc i Nou Barris. També és en aquests tres districtes on la incidència de la tuberculosi en les persones immigrants és superior a la de les autòctones (vegeu la figura 4).

El canvi en l'epidemiologia de l'endèmia tuberculosa a la ciutat i l'impacte de la immigració ha obligat a reorientar els recursos en el seguiment dels pacients i en el control dels contactes, tant en la població autòctona com en la immigrant. En aquest darrer any, l'estudi de contactes s'ha fet en el 87% dels pacients amb una tuberculosi bacil·lífera, i no s'han observat diferències entre persones autòctones i immigrants respecte a la

realització d'aquests estudis. Tampoc no s'han observat diferències en el compliment del tractament, que ha estat del 97,7%.

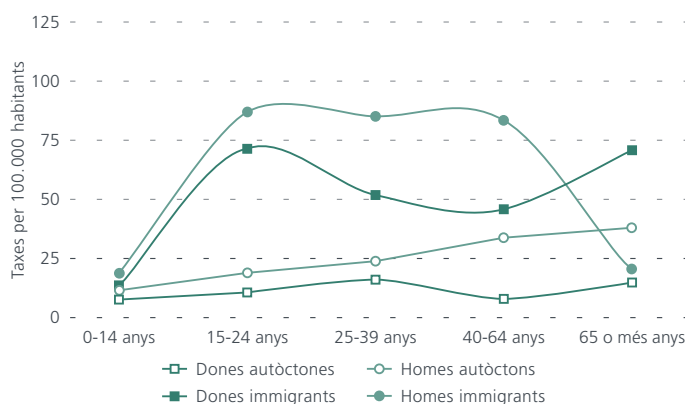
Aquests bons resultats en el control de la malaltia s'han de poder mantenir en el temps per poder disminuir la incidència, sobretot entre la població immigrant. És per això que s'han d'assegurar tractaments directament observats per persones amb risc d'abandonament, millorar el cens i cribratge de contactes i disposar de manera estable d'agents de salut per facilitar la relació dels pacients immigrants amb el sistema sanitari.

Figura 2. Evolució de la incidència de la tuberculosi a Barcelona segons el lloc de naixement. Barcelona, 2002-2006.



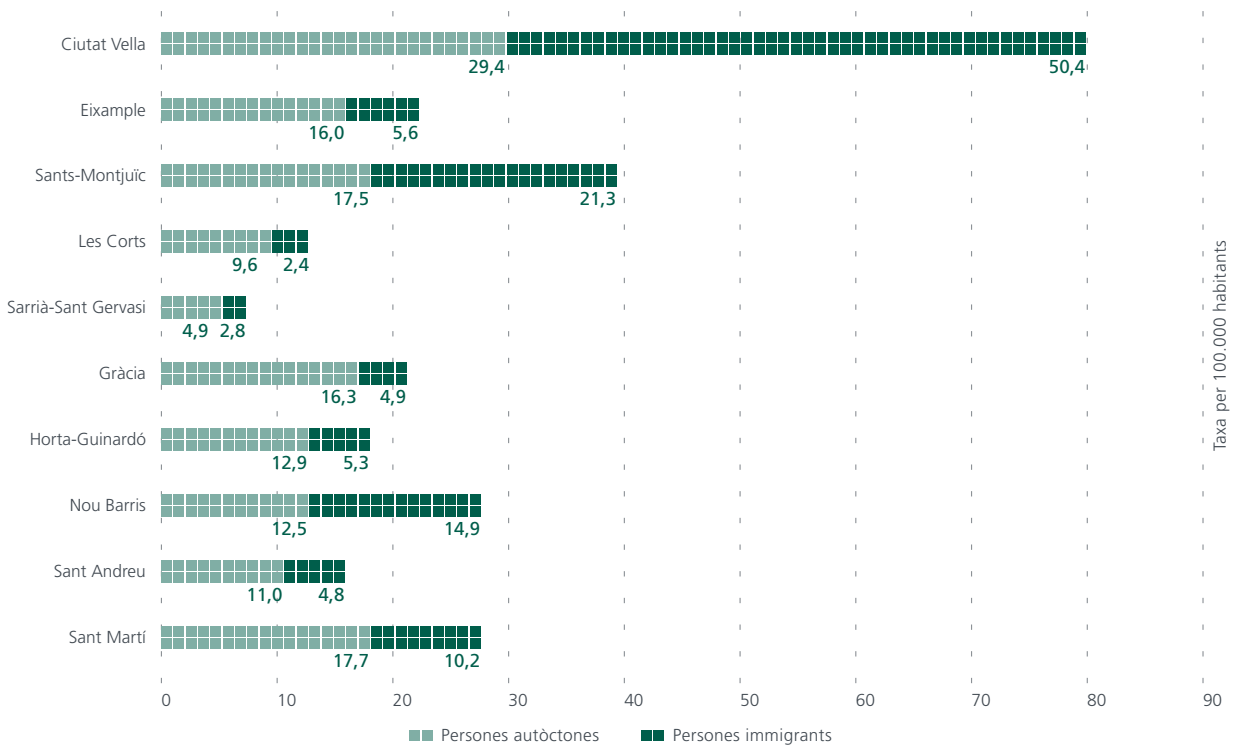
Font: Registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Incidència de tuberculosi segons el sexe, el grup d'edat i el lloc de naixement. Barcelona, 2006.



Font: Registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 4. Incidència de tuberculosi segons el districte i el lloc de naixement. Barcelona, 2006.



Font: Registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

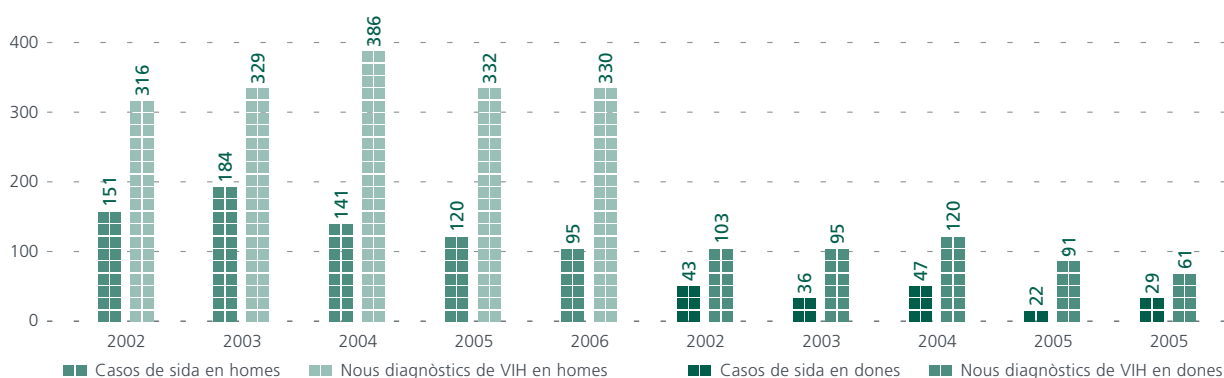
La infecció per VIH-sida

56

Enguany, s'han notificat 444 nous diagnòstics de VIH (vegeu la figura 5), dels quals en 52 casos (12%) el diagnòstic de VIH i sida va ser simultani. Dels 392 casos sense diagnòstic de sida, el 84% eren homes, amb una edat mitjana de 35 anys (36 anys en els homes i 33 anys en les dones; aquesta diferència és significativa). La via de transmissió més freqüent en els homes van ser les relacions homosexuals desprotegides (HSH) (48%) i entre les dones, les relacions heterosexuals (HTS) (63%); en un 32% dels casos es desconeixia la via de transmissió. Pel que fa al lloc de residència, un 59% dels casos vivia a Barcelona (el sistema no recull la distribució per districtes); un 11%, fora de la ciutat, i en un 30% no es disposava d'aquesta informació (vegeu la figura 6).

Pel que fa a la sida, durant l'any 2006 s'han detectat 124 casos, dels quals 105 (85%) residien a la ciutat, cosa que ha suposat un descens del 4,5% en comparació de l'any 2005 (vegeu la figura 5). Es tracta d'un descens inferior a l'observat a l'Estat espanyol (12%). El 78% dels casos eren homes (82 casos), entre 25 i 63 anys (edat mitjana de 40 anys). Les edats de les dones (23 casos) oscil·laven entre els 25 i els 72 anys (edat mitjana de 39 anys). Les relacions sexuals no protegides han estat la via de transmissió més freqüent (61%): en els homes han representat el 65% dels casos (en el 49%, a causa de les HSH i en el 16%, de les HTS), i en el cas de les dones, les HTS representaven el 48% dels casos. L'ús de drogues injectades es va identificar en el 23% dels homes i en el 17% de les dones. La proporció de casos amb retard en el diagnòstic del VIH va ser del 63%, és a dir, que el temps transcorregut entre el diagnòstic d'infecció i el de malaltia va ser inferior a un any, sense apreciar-se cap diferència significativa entre homes i dones. Aquesta proporció és encara més alta en persones que es van

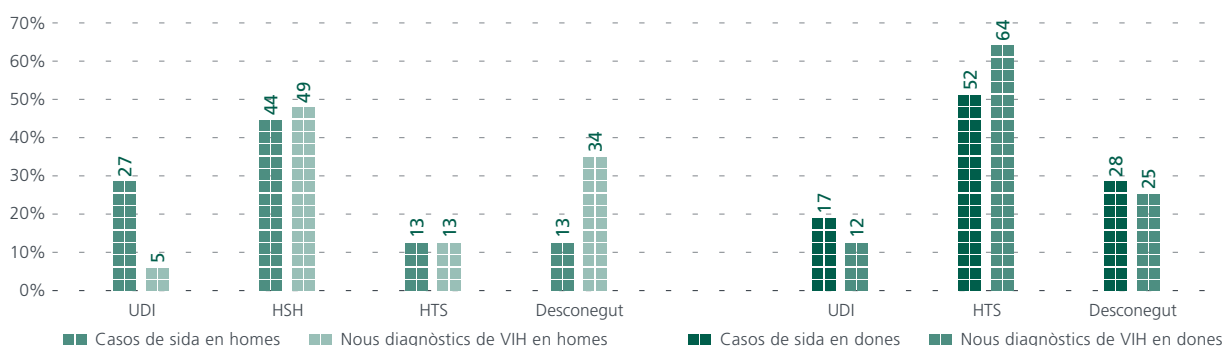
Figura 5. Casos diagnosticats de sida i nous diagnòstics de VIH segons el sexe. Barcelona, 2002-2006.



Font: Registre de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: Els nous diagnòstics de VIH provenen d'un sistema d'informació voluntària.

Figura 6. Via de transmissió de les persones amb sida i dels nous diagnòstics de VIH segons el sexe. Barcelona, 2006.



Font: Registre de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: El total és 100 per a cada fase de la infecció. UDI: usuaris de drogues per via intravenosa, HSH: homes homosexuals, HTS: homes i dones heterosexuals.

infectar per relacions sexuals no protegides (92% dels homes HTS, 75% dels homes HSH, i 38% de les dones HTS). La tuberculosi continua sent la malaltia indicativa de sida més freqüent (20% dels casos), seguida de la pneumònia per *P. jiroveci* (19%). El districte de residència amb la taxa més elevada de sida continua sent Ciutat Vella, amb 12,6 casos per 100.000 habitants, mentre que la taxa del total de la ciutat és de 7,7 casos per 100.000 habitants (vegeu la figura 7).

En conclusió, a Barcelona la infecció pel VIH-sida continua sent un problema de salut pública major, tant per la seva magnitud com per la seva morbiditat i mortalitat. La notificació dels diagnòstics de VIH és essencial en la vigilància de l'epidèmia, així com una eina per avaluar la resposta de la salut pública

en el control de la transmissió de la infecció. Amb la finalitat d'arribar a aquests objectius, des de 1999 el Centre Europeu per al Monitoratge Epidemiològic del VIH-sida remarca la necessitat que els països europeus disposin de sistemes de vigilància de la infecció VIH i de la sida que, a més d'assegurar una alta qualitat de les dades recollides, proporcionin una elevada exhaustivitat dels casos, condició que compleix el sistema de vigilància de la sida a Barcelona, però no el del VIH.

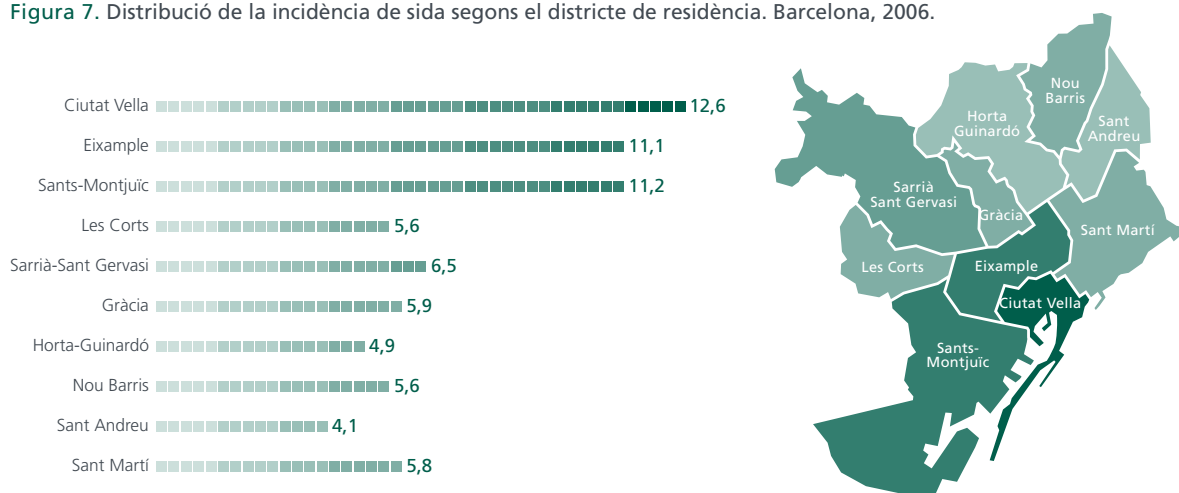
Les dades que es presenten en aquest informe provenen de dos sistemes d'informació diferents. Un correspon a la declaració obligatòria de la sida, que funciona des de l'any 1987 a Barcelona. Aquest indicador només representa les persones en l'estadi més avançat de la infecció i, des de la introducció de les teràpies antiretrovirals, no informa de la freqüència de les noves infeccions, ni de la seva evolució. Es pot donar el fet que augmentin les noves infeccions mentre els casos de sida segueixen una altra tendència.

L'altre sistema que registra els nous diagnòstics de VIH es va posar en marxa l'any 2002 i recull de manera voluntària els nous diagnòstics d'infecció des de l'any 2001. Aquest sistema s'ha acceptat bé en l'àmbit hospitalari, s'ha preservat la confidencialitat en tot moment i ha aportat informació rellevant, però no és exhaustiu, ni permet correlacionar la informació amb altres registres amb la finalitat de contrastar i completar dades, ni realitzar un seguiment dels casos per estudiar la seva evolució. Les dades de les infeccions pel VIH s'han d'interpretar amb cautela, ja que només inclouen una part de les persones infectades. En canvi, les que provenen del registre de sida són dades més robustes d'un sistema d'informació que té una alta exhaustivitat.

Referències bibliogràfiques

- 1 Sida a Barcelona. Vigilància epidemiològica. Agència de Salut Pública de Barcelona. www.aspb.es/quefem/docs/sida74.pdf.
- 2 EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2006. No. 73. Disponible online: www.eurohiv.org/reports/report_73/pdf/report_eurohiv_73.pdf.

Figura 7. Distribució de la incidència de sida segons el districte de residència. Barcelona, 2006.



Font: Registre de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: Taxa per 100.000 habitants.

Les lesions per col·lisions de trànsit

58

Segons la Guàrdia Urbana, l'any 2006 s'han produït a la ciutat de Barcelona 10.876 col·lisions de trànsit, 9.791 de les quals han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 12.943 lesionats i 48 morts durant les primeres 24 hores després de la col·lisió (vegeu la taula 3, pàgina 92). Respecte a l'any anterior, ha disminuït en un 3,3% el nombre d'accidents amb víctimes, un 4,1% el nombre de ferits i un 2% el nombre de morts. Als serveis d'urgències s'han atès 15.839 episodis de lesions per col·lisions de trànsit, dels quals 1.228 van ser ingressats.

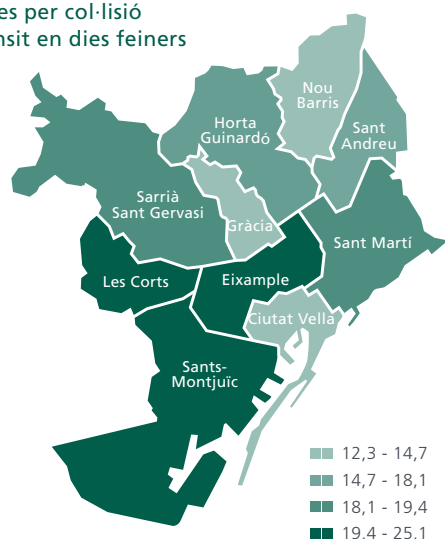
El 62,4% dels lesionats i el 83,3% dels morts són homes. La mediana d'edat és de 31 anys en els lesionats, tant en dones com en homes, mentre que en els morts la mediana d'edat és de 36,5 anys en els homes i de 45,5 anys en les dones. En les dones hi ha una proporció més elevada de vianants i d'usuàries de turisme i d'autobús que en els homes, en què hi ha una proporció més elevada d'usuaris de motocicleta (vegeu la taula 4, pàgina 92). En el cas de les defuncions (48), de les 8 dones 5 (62,5%) eren vianants i dels 40 homes el 50% eren usuaris de motocicleta.

Per a ambdós sexes, el districte amb més lesionats de trànsit és l'Eixample (29,6% en dones i 30,0% en homes), seguit dels districtes de Sant Martí (11,6% i 12,4%, respectivament), Sarrià en les dones (9,7%), Les Corts en les dones (9,5%) i Sants-Montjuïc en els homes (11,2%). En relació amb el nombre de desplaçaments, els districtes amb el nombre de víctimes més elevat són l'Eixample, Sants-Montjuïc i Les Corts. D'altra banda, els districtes amb més vianants atropellats per 10.000 desplaçaments en dia feiner són l'Eixample, Ciutat Vella i Horta-Guinardó (vegeu la figura 8).

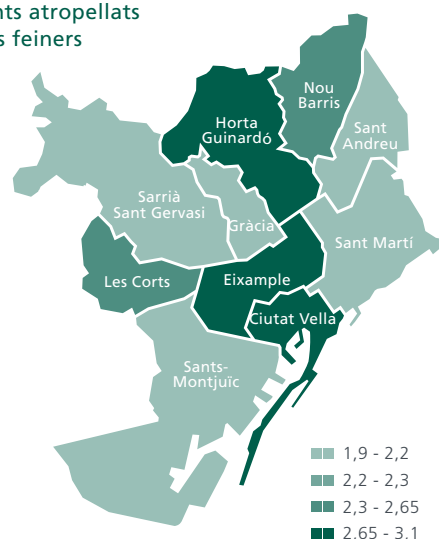
A l'octubre de 2004 es va produir un canvi normatiu pel qual els conductors de turisme amb tres anys d'antiguitat del permís de conduir podien portar una motocicleta fins a 125 cc. Aquest any s'ha avaluat l'impacte que aquesta mesura ha pogut tenir en el nombre de lesionats i morts a la ciutat, i s'ha vist que l'any 2006, el nombre de col·lisions amb víctimes en les quals havia implicada una motocicleta ha augmentat un 11,2% respecte a l'any 2005 i un 36,4% respecte a l'any 2004. Durant el mateix període, el nombre de col·lisions amb víctimes sense implicació de motocicletes ha disminuït un 10,2% i un 11,5%, respectivament. El risc relatiu de lesionar-se en una col·lisió amb implicació de motocicletes en el període posterior al canvi de normativa respecte al període previ és significativament superior ($RR = 1,15$; $IC\ 95\%: 1,04-1,26$). No es produeix cap efecte en el risc de lesionar-se en col·lisions sense cap motocicleta implicada.

Figura 8. Víctimes totals (lesionats i morts) per col·lisió de trànsit i vianants atropellats en dies feiners segons el districte de destí. Barcelona, 2006.

Víctimes per col·lisió de trànsit en dies feiners



Vianants atropellats en dies feiners



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Enquesta de mobilitat de Barcelona, 2006.
Nota: Taxa per 10.000 desplaçaments en dies feiners.

Les lesions per accidents de treball

L'any 2006 s'han produït 44.285 lesions per accident de treball amb baixa en persones que treballaven en empreses de Barcelona, dues tercers parts de les quals van ocórrer en homes, 457 van ser greus i 57, mortals.

Com es pot observar a la taula 5, pàgina 93, les lesions ocorregudes en el trajecte del domicili al lloc de treball (*in itinere*) han suposat una tercera part de les lesions greus i una quarta part de les mortals. D'altra banda, els infarts, vessaments cerebrals i altres patologies no traumàtiques (causes naturals) han suposat una quarta part de les lesions mortals.

Respecte a l'any anterior ha augmentat un 5% el nombre total de lesions per accident de treball: un 5% les lesions lleus i un 34% les mortals; les greus, en canvi, han disminuït un 4%.

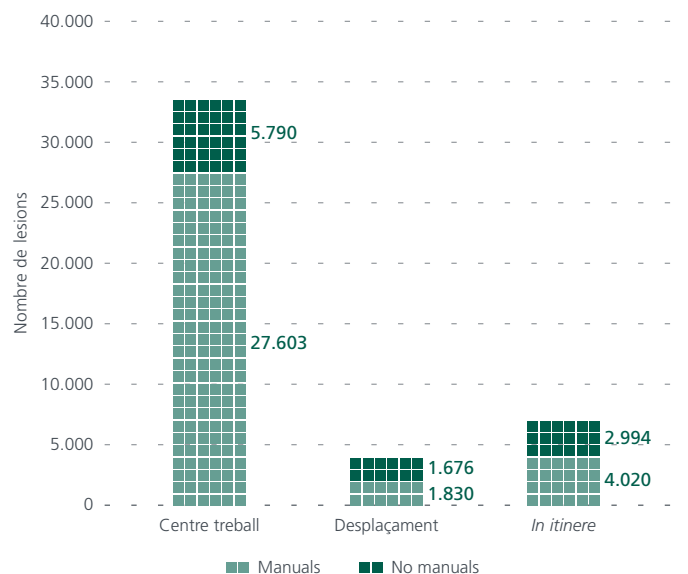
L'augment de les lesions mortals s'ha produït, sobretot, per l'increment en les de causa natural (l'any 2005 se'n van produir 5 i el 2006, 16) i en les degudes a altres tipus d'accident traumàtic, que han augmentat un 75% (12 l'any 2005 i 21 l'any 2006). Si bé les primeres poden estar relacionades sobretot amb l'envelliment de la població ocupada, les segones podrien suggerir un empitjorament de les condicions de treball.

Les morts relacionades amb els desplaçaments per motius de feina han disminuït (dues menys *in itinere* i tres menys en desplaçament durant la jornada per comparació a l'any 2005).

Tal com succeeix a la resta de l'Estat espanyol, la freqüència de lesions per accident de treball amb baixa en persones que treballen en ocupacions de tipus manual ha estat molt superior a les d'ocupacions no manuals, tot i que a Barcelona hi ha més persones ocupades que realitzen feines de tipus no manual (59% segons l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006) que manual. La freqüència més alta en aquest tipus d'ocupacions és deguda, en bona part, a una exposició més elevada a factors de risc (sobretot relacionats amb la seguretat) presents en el centre de treball. Tal com s'observa en la figura 9, les lesions relacionades amb els desplaçaments per motius de feina també han

estat més freqüents en els llocs de treball manual, sobretot les *in itinere*. Aquests resultats suggereixen que factors com la distància del domicili a la feina, el mitjà de transport, els horaris i el tipus de jornada laboral podrien estar associats a aquesta desigual distribució de les lesions relacionades amb la mobilitat.

Figura 9. Lesions per accident de treball amb baixa laboral segons el lloc d'ocurrència i la classe social ocupacional. Barcelona, 2006.



Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de Barcelona, Departament de Treball i Indústria, Generalitat de Catalunya.

Enguany s'han produït 11 lesions mortals més que l'any anterior per accident de treball de causa natural i 9 més per altres tipus d'accident traumàtic. Les lesions per accident de treball relacionades amb desplaçaments per motius de feina van ser més freqüents en persones en ocupacions de tipus manual, sobretot les degudes a accidents *in itinere*.

La mortalitat

60

L'any 2005, els principals indicadors de mortalitat es mantenen estables respecte als darrers anys. La taxa de mortalitat continua sent més elevada en els homes (vegeu el quadre 3). La mortalitat prematura, expressada en anys potencials de vida perduts (APVP), manté una gran diferència entre els homes i les dones. Les taxes de mortalitat infantil i perinatal segueixen baixes. I finalment, l'esperança de vida en néixer l'any 2005 és de 77 anys en els homes i de 83,9 anys en les dones, el que representa des de 1995 un cúmul d'uns 3,4 anys més d'esperança de vida en els homes i uns 2,1 anys més en les dones. L'esperança de vida de la població barcelonina és similar a la de l'Estat espanyol, que es troba entre les més altes d'Europa: l'any 2005 se situava en els 77 anys i els 83,7 en homes i dones, respectivament ¹.

L'informe de salut d'enguany presenta l'evolució de la mortalitat total i de les principals causes de mort (malalties cardiovasculars i càncer de pulmó en homes i de mama en dones), en la població de 20 o més anys, segons el nivell d'estudis, durant el període de 1992 a 2005². La mortalitat decreix els darrers anys en ambdós sexes i en tots els grups de nivell d'estudis. S'ha observat

l'existència de desigualtats, de manera que la mortalitat és sempre més elevada en la població sense estudis i disminueix en augmentar el nivell educatiu; tanmateix, les desigualtats en mortalitat segons el nivell d'estudis disminueixen en els darrers anys. Per exemple, l'any 1992 la mortalitat en la població sense estudis va ser de 2.014,8 per 100.000 homes i 968,8 per 100.000 dones, i en la població amb estudis universitaris va ser de 1.367,9 en homes i 660,9 en dones, i l'any 2005 la mortalitat en persones sense estudis va ser de 1.505,4 en homes i

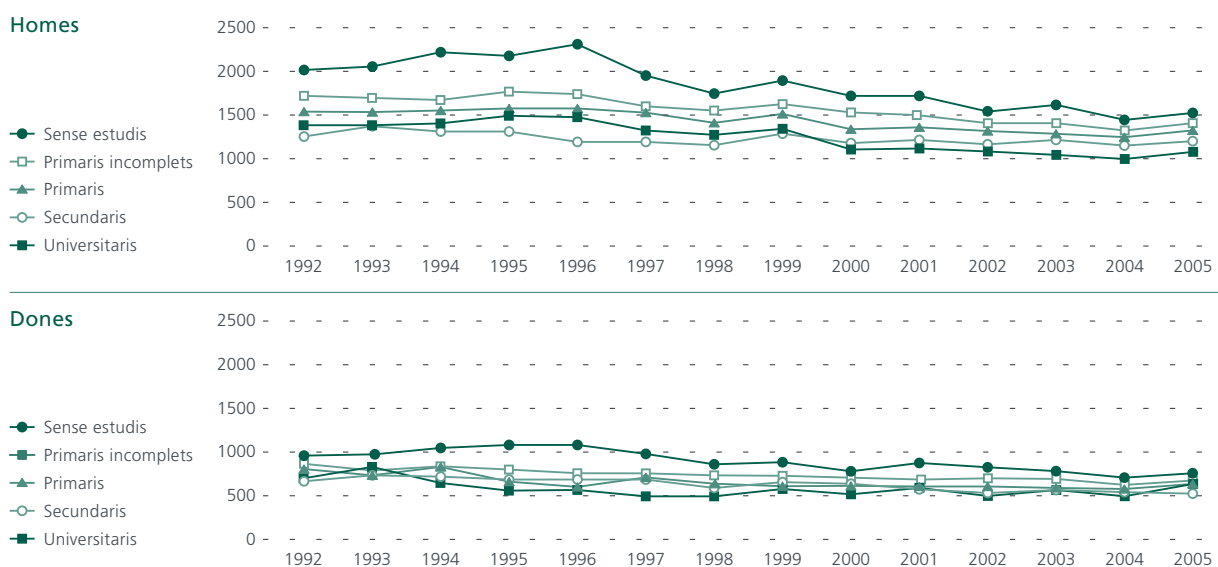
Quadre 3. Indicadors de mortalitat segons el sexe. Barcelona, 2005.

	Homes	Dones
Nombre de defuncions	8.342	8.577
Taxa bruta de mortalitat ¹	1.087,9	1.014,5
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat ^{1,2}	1.435,8	805,8
Taxa d'APVP ³ estandarditzada per edat ^{1,2}	5.165,7	2.161,1
Esperança de vida en néixer	77,0	83,9
Nombre de defuncions infantils	31	22
Taxa de mortalitat infantil ⁴	4,1	3,1
Nombre de defuncions perinatals	51	39
Taxa de mortalitat perinatal (>500 g) ⁵	6,7	5,4

Font: Registre de mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Taxes per 100.000 habitants. ² Estandardització pel mètode directe, utilitzant com a referència el total de la població de Barcelona al 2005. ³ APVP: Anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys. ⁴ Taxes per 1.000 nascuts vius. ⁵ Taxes per 1.000 nascuts.

Figura 10. Evolució de la mortalitat en homes i dones segons el nivell d'estudis. Barcelona, 1992-2005.



Font: Registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 habitants.

734,6 en dones, i en persones amb estudis universitaris va ser de 1062,4 en homes i 510,8 en dones (vegeu la figura 10).

Les malalties cardiovasculars representen les principals causes de mortalitat, ja que el 32% de les defuncions de l'any 2005 són per aquest gran grup de causes (un 10,3% per malalties de la circulació pulmonar, un 8,7% per malaltia isquèmica del cor i un 8,1% per malalties cerebrovasculares). Igual que la mortalitat total, la mortalitat per malalties cardiovasculars presenta una tendència decreixent, i són les persones de menor nivell educatiu les que presenten una mortalitat més elevada. En les dones, s'observa una reducció de les desigualtats segons el nivell d'estudis: l'any 1992 la mortalitat és de 410,9 per 100.000 dones sense estudis, i de 245,5 per 100.000 dones amb estudis universitaris, i l'any 2005 passen a 210,1 i 164,5 en dones sense estudis i amb estudis universitaris, respectivament. En els homes, en canvi, les desigualtats segons el nivell d'estudis es mantenen estables.

Després de les malalties cardiovasculars, els tumors són el segon gran grup de causes de mort (un

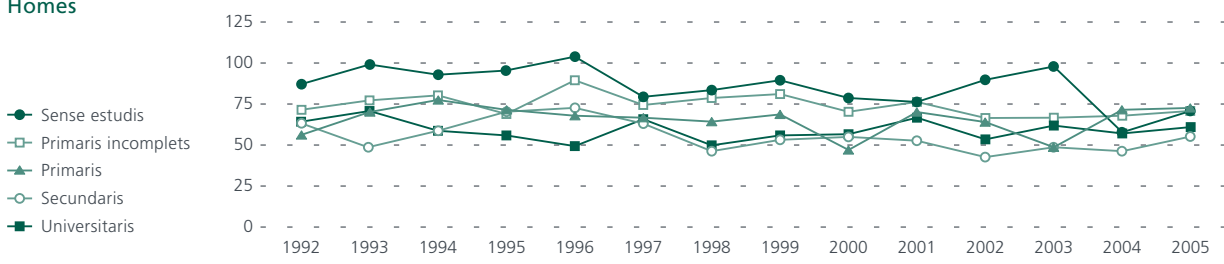
26,8% respecte del total de defuncions), essent el càncer de pulmó en homes i el càncer de mama en dones els més importants (un 27,7% i un 15,3% del total de defuncions per tumors en homes i dones, respectivament). Quant a la mortalitat per càncer de pulmó en homes, tot i que des del 1992 ha mostrat una disminució, els darrers anys es manté estable. S'observen desigualtats: els homes amb menor nivell d'estudis són els que presenten una mortalitat per càncer de pulmó superior (vegeu la figura 11). Quant a la mortalitat per càncer de mama, durant l'última dècada s'ha observat una disminució en tots els grups de nivell d'estudis, i les taxes de les dones amb més nivell d'estudis són superiors. Així, l'any 2005, la mortalitat per càncer de mama és de 23,7 per 100.000 dones sense estudis i de 41,8 en dones universitàries (vegeu la figura 11). Es detalla l'evolució de la mortalitat de la població segons el grup d'edat, en les taules 6 a 9, pàgines 93 i 94.

Referències bibliogràfiques

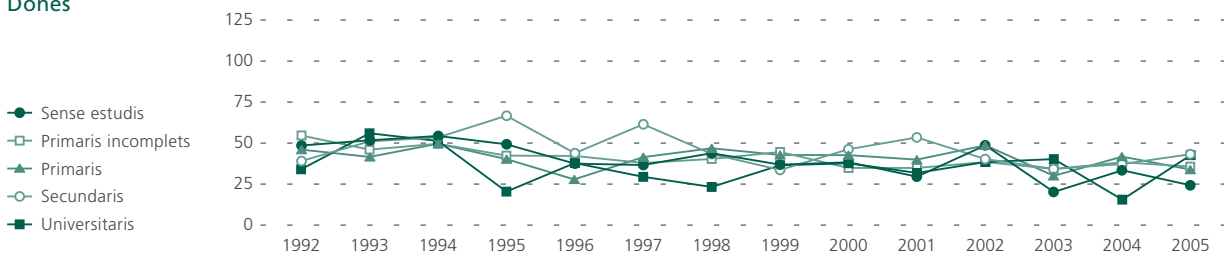
- 1 Population and Social Conditions. Eurostat. European Commission. [consultat setembre 2007]: Disponible a: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- 2 Borrell C, Azlor E, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Cano-Serrall G, et al. Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern European urban setting at the turn of the 21st century. J Epidemiol Community Health (en premsa).

Figura 11. Evolució de la mortalitat per càncer de pulmó en homes i per càncer de mama en dones segons el nivell d'estudis. Barcelona, 1992-2005.

Homes



Dones



Font: Registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 habitants.



Monogràfics

63

Presentació

Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica
La situació socioeconòmica
Les condicions de vida
La mobilitat a Barcelona

Com vivim

El medi ambient
 L'aire
 Les aigües de consum de proveïment públic
 La seguretat alimentària
 Els animals urbans
 Els espais públics oberts i confinats
Els serveis sanitaris
 L'atenció primària de salut
 L'atenció a les urgències
 L'atenció especialitzada hospitalària
 L'atenció sociosanitària
 L'atenció a la salut mental
 L'atenció a les drogodependències
 La prestació farmacèutica
 Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut maternoinfantil
Els problemes de salut específics
 La tuberculosi
 La infecció per VIH-sida
Les lesions per accidents
 Les lesions per col·lisions de trànsit
 Les lesions per accidents de treball
La mortalitat

Monogràfics

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006
Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)
La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)
El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007
Les antenes de telefonia mòbil i la salut
Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

La salut a Barcelona 2006 en xifres

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006

64

L'Enquesta de salut de Barcelona de 2006 (ESB-2006) és la cinquena enquesta de salut impulsada per l'ASPB; enguany dissenyada i realitzada en col·laboració amb l'Enquesta de salut de Catalunya. L'ESB-2006 ha estat possible gràcies al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, la contribució del qual s'agraeix explícitament. L'ESB-2006 ha analitzat els resultats referents a l'estat de salut, als estils de vida, a la utilització dels serveis sanitaris i a la realització de pràctiques preventives a la població de Barcelona, així com les característiques demogràfiques i socioeconòmiques i el seu impacte sobre la salut. D'altra banda, s'ha estudiat l'evolució dels aspectes comparables amb les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2001.

L'univers estadístic de l'ESB-2006 és la totalitat de la població no institucionalitzada resident i empadronada a la ciutat de Barcelona. La unitat mostral és l'individu, i el nombre d'entrevistes realitzades ha estat de 6.050 per al conjunt de la ciutat. La distribució territorial dels efectius de la mostra ha estat de tipus estratificat, tot considerant cadascun dels districtes de la ciutat com a estrats independents. L'ESB-2006 s'ha realitzat mitjançant entrevistes personals, a càrrec d'enquestadors/es professionals.

Descripció demogràfica, socioeconòmica i dels treballs

L'any 2006 un 66% dels homes i un 51% de les dones de més de 16 anys han tingut un treball remunerat, i la població aturada ha suposat un 4,9%. La majoria de la població que treballava ha tingut un contracte indefinit o és funcionari (aproximadament el 64% dels homes i el 70% de les dones), però cal assenyalar que hi ha un alt percentatge de temporalitat en els joves. En general, la població ha declarat estar satisfeta o molt satisfeta amb les seves condicions de treball.

La meitat de les dones han estat les principals responsables de les tasques domèstiques; en canvi, els homes només ho són 1 de cada 10. Aquestes diferències han quedat reflectides, igualment, en les hores dedicades per setmana a les feines de la llar: els homes han declarat dedicar una mitjana de 9 hores la setmana i les dones, 18. D'altra banda, elles han estat les

principals responsables de la cura de les criatures (un 44% ha compartit la responsabilitat amb la parella).

Aproximadament el 16% de la població entrevistada és estrangera, essent el 84% nascuts en països en vies de desenvolupament. Malgrat que no s'observen grans desigualtats en el nivell d'estudis segons el país de naixement, sí se n'observen en la classe social. De manera que les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats tenen classes socials més benestants; al contrari, la població nascuda en països en vies de desenvolupament és principalment de classe manual.

Estat de salut

En general, la població barcelonina declara un bon estat de salut (vegeu el quadre 1); tanmateix, part de la població declara tenir alguns problemes. Dues de cada deu persones han patit algun accident el darrer any. A més, un 11% d'homes i un 19% de dones han mostrat risc de patiment psicològic. Gran part dels enquestats pateix d'algun trastorn crònic, en concret, 7 de cada 10 homes i 8 de cada 10 dones. Les persones de 65 o més anys han declarat tenir força limitació per realitzar alguna activitat de la vida diària, en un 28% els homes i un 50% les dones. L'obesitat, la pateix gairebé l'11% de la població, i un 18% d'homes i un 25% de dones té sobrepès; per contra, un 9% de la població té baix pes.

En la majoria dels indicadors, l'estat de salut empitjora amb l'edat, i gairebé sempre és molt pitjor en les dones. Segons la majoria d'indicadors de l'estat de salut, les persones de classes socials desafavorides presenten pitjor salut (vegeu les figures 1 i 2). En un altre sentit, si es té en compte el país de naixement, les persones estrangeres nascudes en països desenvolupats han declarat millor salut (vegeu les figures 1 i 2).

En general, l'estat de salut es manté bastant estable respecte de l'any 2001, tot i que algun indicador ha empitjorat, com ara la mala salut percebuda i el patiment psicològic en dones. Així mateix, s'ha observat un augment de l'obesitat en homes i dones, en canvi, ha disminuït favorablement el baix pes en dones joves.

Estils de vida relacionats amb la salut

La meitat de la població de Barcelona ha afirmat que camina tots els dies almenys 30 minuts seguits. Aproximadament, 1 de cada 3 homes i 1 de cada 4 dones ha realitzat una activitat física moderada o intensa en el temps de lleure, que augmenta en les classes socials benestants. D'altra banda, gairebé un 28% d'homes i un 20% de dones fumen diàriament. Tot i que la majoria fa un consum d'alcohol moderat, el 10% d'homes i el 3% de dones han declarat un consum de risc. Aquest consum d'alcohol de risc és el doble en la població més jove, com el consum de cànnabis, que l'han consumit el darrer any més de l'11% d'homes i el 7% de dones (vegeu el quadre 1).

Aproximadament, 7 de cada 10 menors de 6 a 14 anys han mirat la televisió cada dia i un 28% de nois i un 21% de noies juguen amb

l'ordinador. D'altra banda, s'ha pogut observar que la majoria de nens i nenes (més del 90%) han esmorzat cada dia abans de sortir de casa. Tanmateix, hi ha una part de la població infantil (un 10%) que ha consumit freqüentment aliments no saludables, com el menjar ràpid, productes amb sucre, etc.

Utilització dels serveis sanitaris

A Barcelona, com a la resta de Catalunya, els darrers anys s'ha observat un augment de la població que es beneficia d'una assegurança

sanitària privada, així doncs, un 35% de la població barcelonina declara tenir doble cobertura sanitària (pública i privada).

La majoria dels enquestats (9 de cada 10) tenen un/a metge/essa de referència o un centre de referència on acostumen a anar. La població que té com a centre de referència l'assistència privada ha considerat positiu poder contactar la visita per telèfon així com realitzar-la el mateix dia. De fet, aconseguir visita amb el metge/essa de capçalera del Servei Català de la Salut el mateix dia o l'endemà de demanar hora s'ha donat en un 38% dels casos, mentre que si el professional és de la privada, augmenta fins a un 60%. Els temps d'espera s'incrementen quan la visita és amb l'especialista, i el 45% van haver d'esperar més d'una

Quadre 1. Evolució de l'estat de salut, els estils de vida, la utilització de serveis sanitaris i pràctiques preventives en homes i dones. Barcelona, 2001 i 2006.

	Homes		Dones	
	2006	2001	2006	2001
Estat de salut				
Mala salut percebuda	18,7	17,2	25,8	22,7
Patiment psicològic, ≥15 anys	10,8	10,5	19,3	17,5
Accidentalitat el darrer any	19,8	15,4	20,2	17,3
Limitació en almenys una de les activitats de la vida diària, ≥65 anys	28,0	- ¹	49,9	- ¹
Obesitat, ≥15 anys	10,7	10,0	10,9	9,6
Baix pes, ≥15 anys	4,6	5,3	13,8	17,8
Estils de vida				
Caminar almenys 30 min cada dia, ≥15 anys	49,5	28,6	50,3	28,4
Realització d'activitat física en temps de lleure, ≥15 anys	34,0	- ¹	23,7	- ¹
Consum habitual de tabac, ≥15 anys	27,8	35,0	20,3	24,8
Consum de risc d'alcohol, ≥15 anys	9,6	- ¹	3,0	- ¹
Veure la televisió diàriament més de 2 hores, 6 a 14 anys	5,5	- ²	13,6	- ²
Jugar amb l'ordinador diàriament més d'1 hora, 6 a 14 anys	9,2	- ²	7,4	- ²
Utilització dels serveis sanitaris				
Doble cobertura sanitària	34,6	32,3	34,9	34,1
Metge/essa de capçalera de referència, ≥15 anys	87,6	89,8	91,9	91,5
Visites al/a la metge/essa general el darrer any, ≥15 anys	66,1	58,2	76,1	67,3
Visites al/a la pediatre/a el darrer any, ≤14 anys	84,2	82,3	84,8	80,2
Visites a l'especialista el darrer any, ≥15 anys (exclou dentista i oculista)	39,4	43,4	70,5	65,3
Visites a l'especialista el darrer any, ≤14 anys (exclou dentista i oculista)	27,6	33,9	22,5	27,8
Visites als serveis d'urgències el darrer any	28,9	24,7	33,1	25,7
Hospitalització el darrer any (exclou parts)	8,8	8,8	9,0	7,7
Pràctiques preventives				
Vacuna de la grip, ≥60 anys	56,8	51,2	57,3	48,8
Citologies periòdiques, ≥15 anys	-	-	59,7	57,3
Mamografies periòdiques, 50 a 69 anys	-	-	87,0	73,6
No utilització del casc amb moto per ciutat, ≥15 anys	1,2	7,0	1,3	7,8
No utilització del cinturó amb cotxe per ciutat al seient davanter, ≥15 anys	2,4	13,9	1,1	10,5

Font: Enquesta de Salut de Barcelona de 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: Percentatges estandarditzats per edat. ¹No és comparable amb l'ESB-2001; ²No es mesura en l'ESB-2001.

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006

66

setmana si el professional era del Servei Català de la Salut. En canvi, a la consulta privada, aquest percentatge disminueix fins al 27%.

El percentatge d'enquestats que ha visitat un/a metge/essa general el darrer any és una mica superior en el cas de les dones (el 66% dels homes i el 76% de les dones), i aquesta diferència augmenta en les visites a l'especialista (excloent-hi el dentista i l'oculista): el 45% d'homes i el 73% de dones.

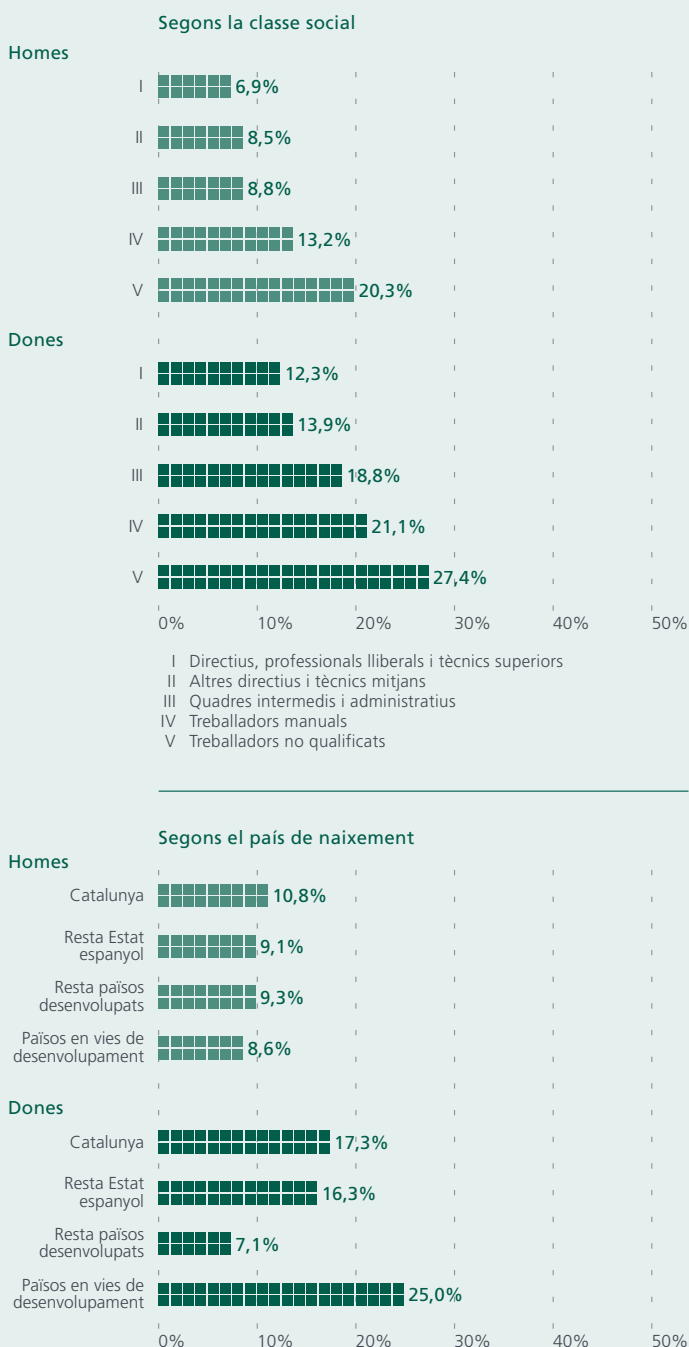
Aproximadament, una de cada tres persones ha consultat un servei d'urgències, observant-se un augment respecte de l'any 2001, i això ha estat superior en les persones de classes socials desfavorides i en les dones nascudes en països en vies de desenvolupament. Un 9% de la població barcelonina ha estat hospitalitzada, excloent-hi els ingressos per part, i la majoria d'ingressos han estat en un hospital de la xarxa pública. D'altra banda, un 4,2% de les dones de 15 a 49 anys han estat ingressades per part, el que representa el 31% dels ingressos hospitalaris de les dones d'aquest grup d'edat.

L'any 2006, aproximadament 1 de cada 3 persones enquestades ha opinat que el sistema sanitari ha funcionat bastant bé i que només calen petits canvis perquè funcioni millor; el 52% ha cregut que hi ha algunes coses bones però que calen canvis fonamentals, i gairebé el 7% ha opinat que caldria refer-lo completament.

Pràctiques preventives

La vacuna de la grip està indicada a partir dels 60 anys: a Barcelona un 57% d'aquesta població s'ha vacunat contra la grip el darrer any. Un 47% de la població barcelonina s'ha controlat periòdicament la tensió arterial, i un 52%, el nivell de colesterol. Respecte a les pràctiques preventives ginecològiques, gairebé el 60% de les dones de 15 o més anys s'han realitzat citologies regularment, i en dones de 35 a 49 anys el percentatge augmenta fins a un 78%. Les dones de 50 a 69 anys són la població diana del Programa de detecció precoç de càncer de mama de la ciutat de Barcelona. Aquesta població realitza mamografies periòdiques en un 87% dels casos (un 40% se les fa a través del programa i el 38%

Figura 1. Patiment psicològic segons la classe social i el sexe, i segons el país de naixement i el sexe. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona de 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: Població de 15 o més anys. Percentatges estandarditzats per edat.

pel Servei Català de la Salut). Pel què fa a la seguretat viària, la majoria de la població ha utilitzat el casc i el cinturó de seguretat, així com les mesures de subjecció quan ha viatjat amb menors. Tanmateix, hi ha una part de la població que no ha fet servir el cinturó de seguretat quan ha viatjat amb cotxe als seients del darrere.

L'evolució de les pràctiques preventives respecte a l'any 2001 ha estat positiva, ha augmentat la població vacunada contra la grip i les dones que realitzen pràctiques preventives ginecològiques, com la citologia i la mamografia, tot i que encara han estat més freqüents en dones de classes socials afavorides. D'altra banda, s'ha observat una millora en la utilització de mesures de seguretat viària.

Referències bibliogràfiques

de Bruin A, Picavet HSV, Nossikov A (eds.). Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1996. European Series number 58.

Robine JM, Jagger, Euro-REVES Group. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health. 2003 Sep; 13(3 Suppl): 6-14.

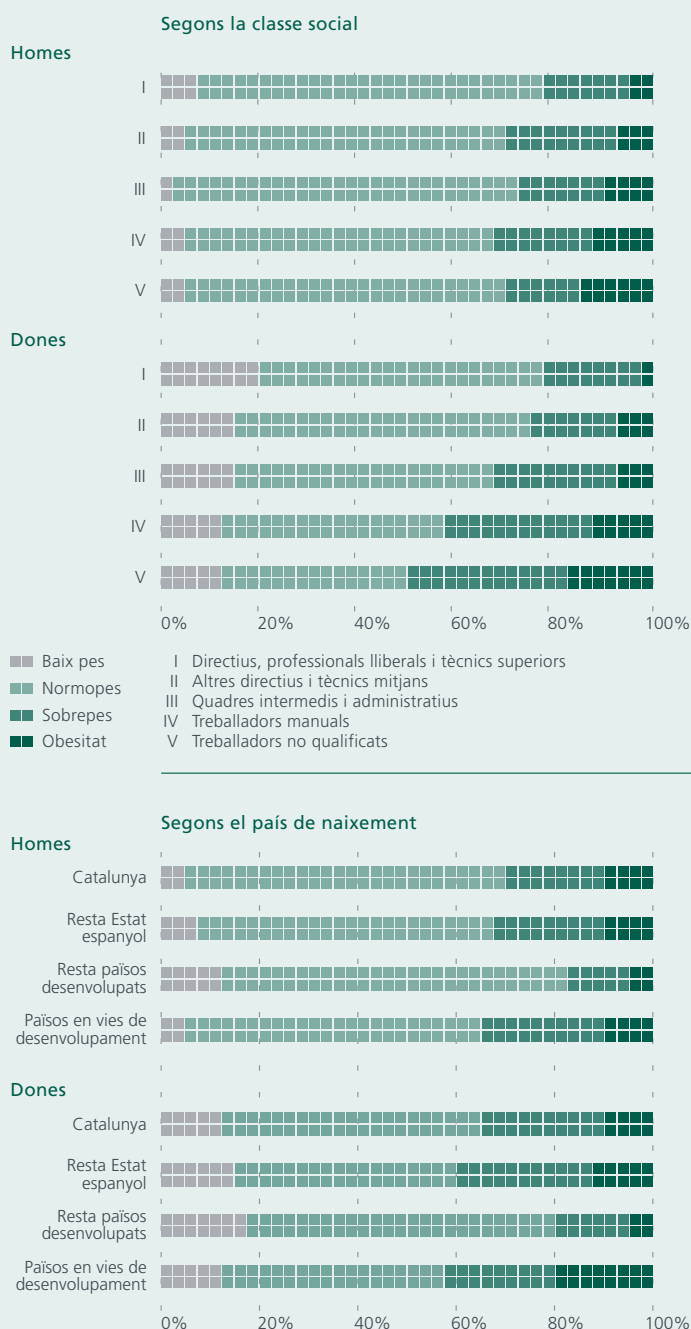
Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Enquesta de salut de Barcelona 2006. Manual de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2007.

Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000; 25: 350-63.

Borrell C, Benach J, coordinadores. CAPS i Fundació J. Bofill. L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.

Borrell C, García-Calvente M, Martí-Bosca JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit 2004; 18(Supplement 1):2-6.

Figura 2. Valoració del pes segons l'índex de massa corporal, segons la classe social i el sexe, i segons el país de naixement i el sexe. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona de 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: Població de 15 o més anys. Percentatges estandarditzats per edat.

Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

68

El Camp de la Bota era una extensió que formava part del barri Besòs de Barcelona, delimitat per la riera d'Horta, la via del tren, el riu Besòs i el mar. Un enclavament històric de la ciutat que va estar sempre lligat a moviments militars des del 1800, usat principalment per a pràctiques de tir i també com a camp d'afusellament durant la Guerra Civil espanyola l'any 1936.

Els primers habitants del Camp de la Bota van ser els veïns del barri de pescadors i barraques de Pequín, que, a causa de les inundacions de l'any 1932, s'aixoplugaren al voltant de la fortalesa de les Quatre Torres. Tot i que l'any 1949 l'Ajuntament de Barcelona va crear el Servei de Repressió del Barraquisme, el primer cens conegut data de l'any 1963. Les dades són del mossèn Jaume Cuspinera, que va concloure que hi havia 3.415 habitants al barri, concentrats en 667 barraques de no més de 25 metres quadrats. L'alta densitat de població feia que a cada barraca hi habités més d'una família, sense ventilació, ni evacuació d'aigües residuals, sense llum ni aigua potable. Aquestes condicions sanitàries, sumades a l'augment de la drogoaddicció al barri, facilitaven la propagació de malalties transmissibles.

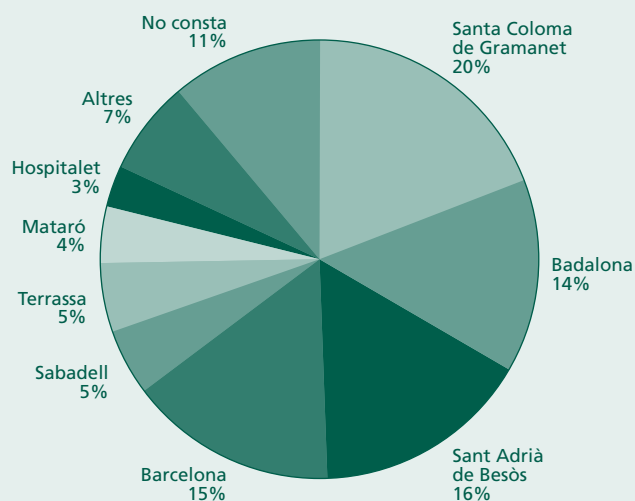
Entre els anys 1964 i 1974 es va produir un important pla d'actuació al Camp de la Bota a càrrec de treballadors socials i voluntaris, que van impulsar la creació d'un dispensari i una guarderia. Gràcies a la seva tasca i a les dades obtingudes, es pot conèixer el darrer cens fet a la zona, per l'estudiant d'economia política Antonio Torres. Es conclou que ha augmentat la drogoaddicció, la insalubritat i la marginalitat; al barri s'estableix que hi queden 444 persones.

El desembre de l'any 1985, el Servei d'Epidemiologia de l'ASPB va detectar un brot de tuberculosi al Camp de la Bota que va donar lloc a un estudi de contactes que va detectar 14 casos de persones amb tuberculosi. A la fi de l'any 1989, a causa de la remodelació de la zona costera per la celebració dels Jocs Olímpics, l'actuació municipal va fer desaparèixer el barri. Però la manera de fer-ho va afectar negativament la població, tot truncant la feina feta durant 15 anys pels treballadors socials.

L'any 2005, des del mateix servei de l'ASPB, es va decidir realitzar un seguiment dels habitants del Camp de la Bota per estudiar la seva redistribució residencial, analitzar la incidència de tuberculosi, de sida, de drogoaddicció, d'ingrés a la presó i també estudiar la supervivència.

Així, des del desembre de l'any 1985 fins a la darrereria de l'any 2005 es va dur a terme un estudi de cohorts retrospectiu dels individus en què havia estat possible establir algun seguiment. Com a font d'informació es va partir del cens del barri efectuat l'any 1985, arran de l'estudi del brot de tuberculosi. En aquest, hi figuraven les següents variables: dades d'afiliació, el número de barraca on vivien, la presència de tuberculosi i la PPD (prova de tuberculina, en mm). Posteriorment es va consultar el padró municipal d'habitants de Barcelona, el Registre de Malalties de Declaració Obligatòria i el Sistema d'Informació de Drogo dependències de Barcelona de l'ASPB. Per dur a terme els objectius de l'estudi, es va ampliar el seguiment amb la consulta del registre de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) del nucli antic, el Registre de mortalitat i el Registre central d'assegurats del Departament de Salut, així com el Registre de centres penitenciaris del Departament de Justícia. Per tant, a l'estudi es van incorporar noves variables, com l'ABS de residència, la presència de sida, la presència de tuberculosi, el tipus de droga, l'ingrés a la presó, la data de censura i l'estat vital.

Figura 1. Redistribució residencial actual dels habitants del Camp de la Bota de l'any 1985. Barcelona (Camp de la Bota), 2005.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

El treball de camp no es va aturar i es va contactar amb la principal font d'informació de la investigació: sor Pilar Pila. Germana de la caritat, va treballar al Camp de la Bota des del 1974 fins al 1989 realitzant tasques comunitàries, exercint d'infermera-ATS al dispensari i també col·laborant a la guarderia del barri. El seu contacte va aportar diferents materials educatius i sanitaris, com una llibreta de seguiment individualitzada per a cada família del barri, un historial de vacunacions, un treball socioeconòmic inèdit, material fotogràfic i vídeos.

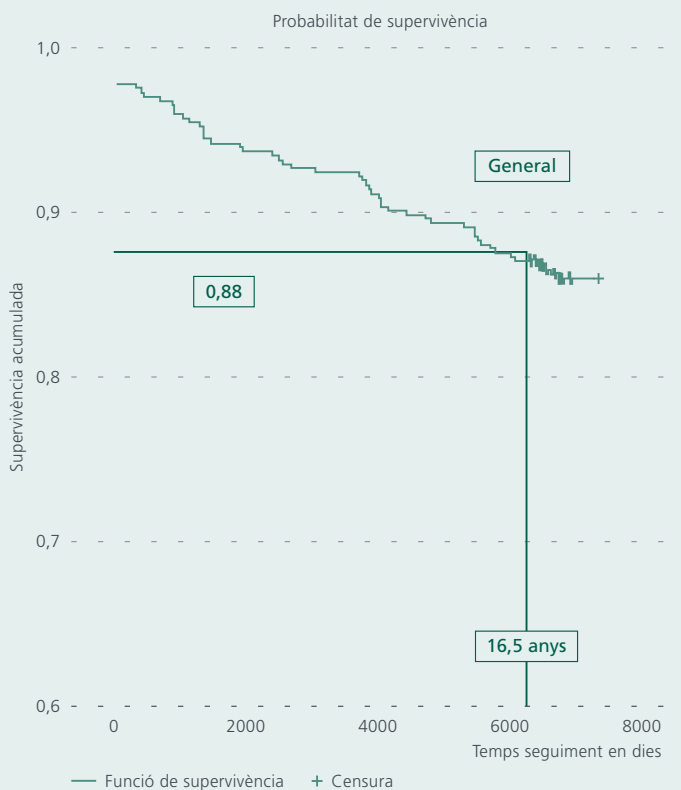
Dels 427 residents, es va efectuar algun tipus de seguiment a 368 d'ells (86,2%); dels quals 290 (78,8%) seguien vius, 47 (12,8%) van morir i 31 (8,4%) van emigrar. L'any 1985 la mediana d'edat era de 14 anys, el 54% eren homes i el 20,5% eren tuberculinopositius. El 4% tenien tuberculosi i la mitjana d'habitants per barraca era de 5,5. L'any 2005, la redistribució residencial dels habitants era la següent: el 24% va emigrar a altres ciutats de la Regió Metropolitana de Barcelona (Sabadell, Terrassa, Mataró i L'Hospitalet de Llobregat, entre d'altres), un 20% a Santa Coloma de Gramenet, un 16% a Sant Adrià, un 15% a Barcelona, i un 14% a Badalona (vegeu la figura 1). En l'evolució es va constatar que els encara residents a Barcelona ciutat tenien una incidència de sida de 0,5 per 100 persones/any de seguiment; la de toxicòmans era de 0,8 per 100 persones/any de seguiment; la de presos, d'1,6 per 100 persones/any de seguiment, i la de tuberculosi, de 0,5 per 100 persones/any de seguiment. La malaltia indicativa de sida va ser la tuberculosi en 4 casos (67%). Quant a la supervivència, les dones i els menors de 20 anys tenien millor supervivència ($p < 0,05$). Destaca que, després de 16,5 anys de seguiment, el 12% de la població havia mort, i el 7,3% era menor de 20 anys (vegeu la figura 2).

Una mediana de catorze anys d'edat a l'inici de l'estudi indica que es tracta d'una població molt jove. Aquesta dada coincideix amb els treballs realitzats anteriorment, on es comentava que la població del Camp de la Bota presentava una piràmide poblacional amb una base ampla

semblant a la dels països subdesenvolupats, a diferència de Barcelona, que ha tingut i té una estructura poblacional més envellida. El fet que després de 16,5 anys de seguiment hagués mort un 7,3% de la població menor de vint anys indica que probablement hi hagi hagut una elevada mortalitat infantil.

Per realitzar el seguiment, l'estudi s'ha trobat davant d'una població molt difícil d'investigar, pel fet que molts individus es localitzen pel seu sobrenom, mentre d'altres comparteixen nom i cognoms, amb la qual cosa es genera confusió, i molts d'ells no consten en els registres consultats. Tot i comptar amb resultats provisionals, s'han trobat incidències molt elevades en els encara residents a Barcelona, tenint en compte que l'any 1994 a la ciutat hi havia una incidència de sida de 0,037 per 100 persones/any de seguiment i l'any 1991, una incidència de tuberculosi de 0,067 per 100 persones/any de seguiment. Les dades de presons també indiquen que els residents al Camp de la Bota tenien un ingrés més elevat que la població general.

Figura 2. Corba de supervivència dels residents del Camp de la Bota. Barcelona (Camp de la Bota), 1985-2005.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)

70

Les fonts d'informació no properes a Barcelona estan encara pendents de consultar per obtenir dades actualitzades. Per comprovar si la persona viu, hi ha hagut limitacions en l'ús del padró, però com a aspectes positius cal destacar que sor Pilar Pila està efectuant un seguiment personalitzat de les famílies i que s'està implementant el treball de camp fent un seguiment més exhaustiu per Catalunya. Les properes actuacions serien estudiar altres condicions socioeconòmiques i posar-se en contacte amb els Escolapis i l'Arxiu Municipal de Sant Adrià.

Referències bibliogràfiques

- 1 Batalla J, Caylà JA. Prospección tuberculínica en un barrio de población gitana. Gaceta Sanitaria. 1987; 1: 53-57.
- 2 Vázquez Montalbán M. Memoria del Campo de la Bota. Barcelona: Triunfo, 1972.
- 3 Torres A. Población del Campo de la Bota (1983-84). Inèdit.
- 4 Huertas Clavería JM. La vida i la mort al Camp de la Bota. L'Avenç, núm. 291, maig 2004.
- 5 Pàgina web del treball de Francesc Abad sobre el Camp de la Bota <http://www.francescabad.com/campdelabota/>

Figura 3. Fotografia de les últimes barraques del Camp de la Bota. Barcelona (Camp de la Bota), 1989.



Font: Fotografia de l'any 1989, cedida per sor Pilar Pila.

La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

El paludisme o malària és una malaltia infecciosa produïda per un protozou intracel·lular del gènere *Plasmodium* que es transmet per la picada de la femella del mosquit *Anopheles*. Sol cursar amb febre alta, mal de cap i calfreds, i en ocasions pot afectar pulmons, ronyons i altres òrgans vitals. En la seva forma més severa, la malària cerebral produïda per *P. falciparum* pot acabar donant un quadre d'estupor i coma que porta a la mort del pacient si no es detecta i tracta aviat. Tothom és susceptible d'agafar la malaltia, però la malària autòctona no existeix en el nostre medi des de fa molts anys. Gairebé la totalitat de casos són importats per turistes, immigrants o cooperants que viatgen o vénen de països endèmics.

La malària és present en més de 100 països arreu del món i, encara que variï entre àrees rurals i urbanes, es concentra a les zones tropicals i subtropicals del planeta. El nombre d'habitants amb risc de contraure la malaltia ha augmentat els darrers anys i es calcula que són uns 3.200 milions de persones, el 40% de la població mundial està exposada a la seva infecció. És responsable de 300 a 500 milions de casos nous i més d'un milió de morts cada any, el 90% a l'Àfrica^{1,2}. S'ha identificat com la malaltia amb major càrrega de morbiditat al món i que contribueix a impedir el desenvolupament social i econòmic a moltes zones del planeta³.

L'augment de casos de paludisme importat des de països endèmics s'ha atribuït a l'increment de viatges internacionals a zones endèmiques i a la immigració procedent d'àrees de transmissió. Més de 30.000 viatgers internacionals emmalalteixen cada any de malària¹. A Europa el nombre de casos anuals se situa entre els 13.000 i els 16.000, amb una mortalitat del 2-3%. La malària és una malaltia de declaració obligatòria individualitzada des de fa anys i actualment es declaren a l'Estat espanyol uns 400 casos anuals⁴.

A Barcelona l'augment del nombre de casos va ser constatat ja en el període 1981-1987⁵. De llavors ençà, diferents hospitals espanyols i alguns centres de salut han descrit una tendència creixent dels casos en els seus centres. Però no ha estat

fins fa poc que des del Servei d'Epidemiologia de l'ASPB, en col·laboració conjunta amb els Centres de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic de Barcelona i el CAP Drassanes, s'ha estudiat la tendència del paludisme i s'ha observat el que ha succeït en diferents col·lectius⁶. Amb aquests dos estudis realitzats a Barcelona, s'ha observat com ha estat el paludisme importat els darrers 25 anys (1981-2005).

Des de l'1 de gener de 1989 fins al 31 de desembre de 2005 s'han notificat 1.579 casos de paludisme importat, dels quals 997 vivien a la ciutat de Barcelona (63,1%). La mitjana d'edat ha estat de 32,7 anys i ha afectat més els homes (55,1%). Segons el tipus de viatger, el 40,7% dels casos han estat immigrants que resideixen a Barcelona i que tornen al seu país per visitar família i amics; el 33,6% han succeït a turistes; el 12,1%, a cooperants, i el 13,6%, a immigrants que acaben d'arribar. En 215 casos (21,6%) no es va poder identificar el grup al qual pertanyien. Els mesos en què es notifica un major nombre de casos són setembre, octubre i desembre (37% dels casos), el període de més pluges als països tropicals i, per tant, de major proliferació de mosquits, i el període posterior a les vacances. El quadre 1 mostra algunes característiques epidemiològiques dels diferents grups de viatgers.

Les taxes d'incidència de paludisme han variat des de 2,4 casos per 100.000 habitants al 1989 fins a 3,5 casos per 100.000 habitants l'any 2005. La màxima incidència ha estat l'any 2000, amb 5,4 casos per 100.000 habitants. Tot i que en comparar els anys 1989 i 2005 el risc d'agafar la malaltia va augmentar en quasi un 50% (RR = 1,5; IC: 95% 1,4-1,6), l'anàlisi de les tendències a Barcelona no va demostrar que aquest augment fos estadísticament significatiu ($p = 0,36$). La figura 1 mostra l'evolució de les taxes tant a Barcelona com a Catalunya⁷ i a l'Estat espanyol, que és similar a la descrita en diferents ciutats europees^{8,9} o en països com Estats Units¹⁰ i Canadà¹¹. Les taxes específiques per a la població nascuda a Barcelona van passar de 0,92 al 1991 a ser de 1,47 casos per 100.000 habitants al 2004⁶.

El continent més visitat entre els pacients amb malària ha estat Àfrica (82,1%), i el país més freqüentment visitat pels casos de paludisme, Guinea Equatorial (35,9%) (vegeu la figura 2). El 83,2% dels pacients han estat diagnosticats entre l'Hospital Clínic i el CAP Drassanes, centres que disposen d'unitats de medicina tropical. No hi ha hagut diferències pel que fa als percentatges d'ingressos entre pacients immigrants i autòctons, i l'Hospital Clínic ha estat el centre on més han ingressat els malalts (59%). Tot i això, la infecció per *P. falciparum* ha estat més freqüent a la població immigrant respecte dels autòctons, mentre que els pacients autòctons han requerit fins a quasi dues vegades més ingressos hospitalaris que els immigrants. La malària és més greu i mortal entre pacients autòctons de països no endèmics que entre immigrants de països on la malaltia està present, ja que aquests darrers acostumen a tenir més desenvolupada una tipus d'immunitat que els fa més forts enfront de la malaltia.

La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

72

Quadre 1. Característiques epidemiològiques segons els diferents grups de viatgers amb malària. Barcelona, 1989-2005.

	Turistes	Cooperants	VFR	I. Acabat d'arribar	Total ¹	p-valor
Edat m (DE)	34,9 (12,0)	43,8 (17,1)	30,3 (15,1)	27,8 (17,4)	32,7 (15,7)	< 0,001
Sexe						
Home	161 (61,2%)	46 (48,4%)	171 (53,9%)	55 (51,9%)	433 (55,1%)	0,09
Dona	102 (38,8%)	49 (51,6%)	146 (46,1%)	51 (48,1%)	348 (44,9%)	
Temps viatge md (RI)	30 (22-67)	88 (32-259)	31 (26-62)	-	31 (25-81)	< 0,001
QP Correcta						
Sí	8 (4,5%)	6 (10,4%)	1 (0,4%)	-	15 (3,1%)	< 0,001
No	46 (25,8%)	13 (22,4%)	13 (5,3%)	-	72 (15,0%)	
No realitza	124 (69,7%)	39 (67,2%)	231 (94,3%)	-	394 (81,9%)	
Total	178 (37,0%)	58 (12%)	245 (51%)	-	481 (100%) ²	
Centre declarant						
CAP Drassanes	48 (18,3%)	24 (25,3%)	196 (61,6%)	66 (62,3%)	334 (42,7%)	< 0,001
H. Clínic	172 (65,4%)	65 (68,4%)	59 (18,6%)	21 (19,8%)	317 (40,5%)	
H. Mar	10 (3,8%)	1 (1,1%)	38 (11,9%)	5 (4,7%)	54 (6,9%)	
H. Sant Pau	6 (2,3%)	1 (1,1%)	5 (1,6%)	1 (0,9%)	13 (1,7%)	
H. Vall d'Hebron	2 (0,8%)	1 (1,1%)	10 (3,1%)	1 (0,9%)	14 (1,8%)	
Altres	25 (9,5%)	3 (3,2%)	10 (3,1%)	12 (11,3%)	50 (6,4%)	
Total	263 (33,6%)	95 (12,5%)	318 (40,7%)	106 (13,6%)	782 (100%)	
Zona de risc QP						
Tipus I	1	0	1	0	2 (0,3%)	< 0,001
Tipus II	37	8	2	0	47 (6,0%)	
Tipus III	16	2	3	1	22 (2,8%)	
Tipus IV	206	81	312	105	704 (90%)	
Desconegut	3	4	0	0	7 (0,9%)	
Total	263 (34,0%)	95 (12,0%)	318 (41,0%)	106 (14,0%)	782 (100%)	
Continent						
Àsia	26 (10,0%)	4 (4,2%)	26 (8,2%)	4 (3,8%)	60 (7,7%)	< 0,001
Àfrica	185 (70,6%)	85 (89,5%)	272 (85,8%)	98 (92,4%)	640 (82,1%)	
Amèrica	49 (18,7%)	6 (6,3%)	19 (6%)	4 (3,8%)	78 (10,0%)	
Oceania	2 (0,7%)	-	-	-	2 (0,2%)	
Total	262 (33,6%)	95 (12,2%)	317 (40,6%)	106 (13,6%)	780 (100%)	

Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: m: mitjana, DE: desviació estàndard, md: mediana, RI: rang interquartílic, QP: quimioprofilaxi, VFR: immigrants residents (*Visiting Friends and Relatives*), I: immigrant, Zona de risc QP: distribució de les zones de risc visitades per a la realització de quimioprofilaxi (OMS, Ginebra, 2006). ¹No inclosos 215 casos (21,6%) de grup desconegut. ²No inclosos els immigrants acabats d'arribar ni quimioprofilaxi desconegudes.

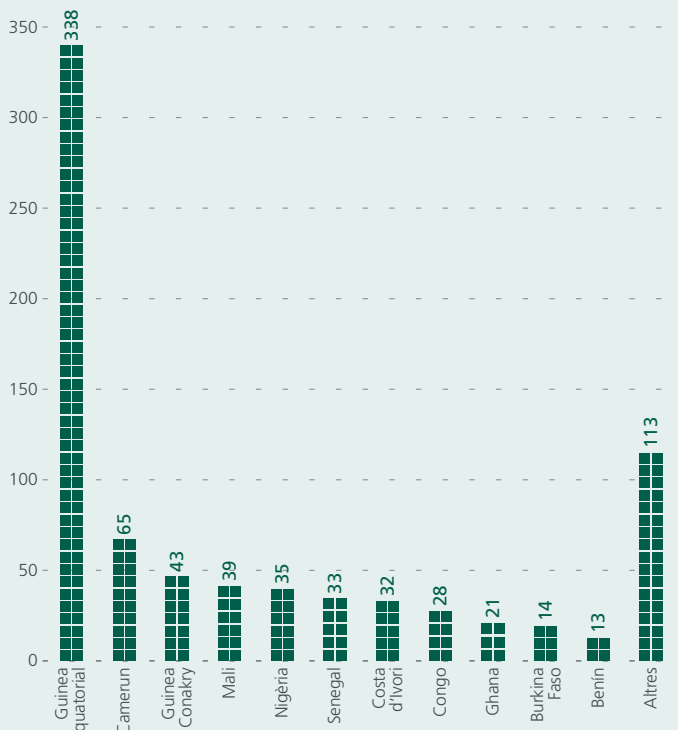
El 12% dels casos de paludisme (120 casos) s'ha detectat en menors de 15 anys. El 86,7% d'aquests afectats han estat fills o filles d'immigrants (OR = 2,6; IC: 95% 1,4-4,8), el 91% d'ells procedien d'Àfrica i l'1%, d'Amèrica. En el 69,8% dels casos de paludisme en la població infantil, el responsable ha estat *P. falciparum*.

Per districtes, la taxa estandarditzada de paludisme més alta va ser, en 12 dels 17 anys estudiats (71%), Ciutat Vella, amb una mitjana de 10,1 casos per 100.000 habitants, seguit de Nou Barris i Sarrià-Sant Gervasi (taxes mitjanes de 5,1 i 4,7 respectivament). Entre els casos, va existir una associació significativa entre el fet de ser immigrant i viure a Ciutat Vella.

En el 71,3% dels casos, l'espècie detectada va ser *P. falciparum* (615 casos) (71,3%). Per continents, entre viatgers a l'Àfrica, el plasmodi més freqüentment aïllat va ser *P. falciparum* (81,6%), mentre que *P. vivax* ho va ser entre els viatgers a l'Àsia (69,2%) i Amèrica (71,3%). Encara que es tractava de malària, no es va poder determinar l'espècie de plasmodi en 135 casos (13,5%).

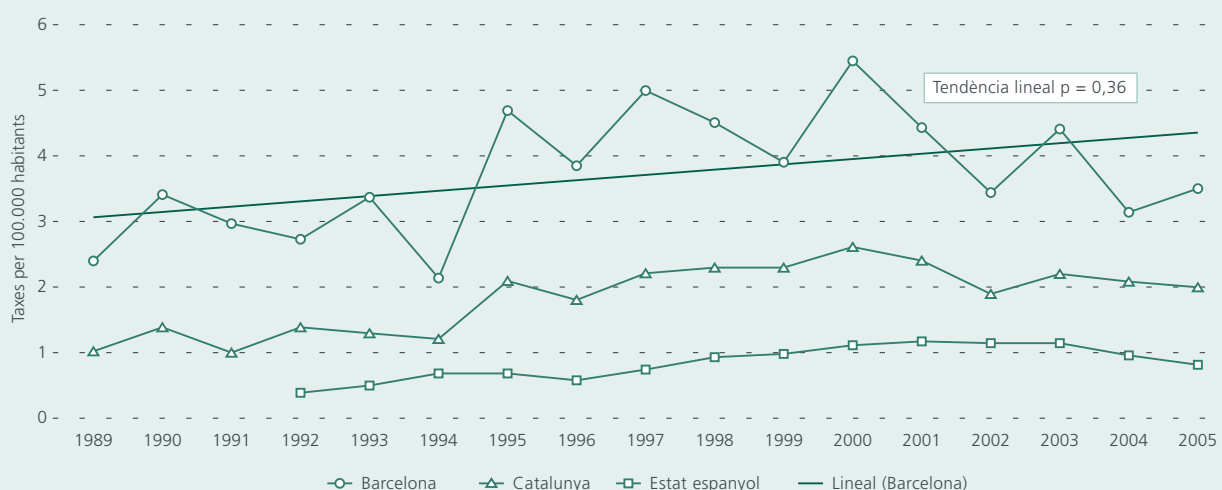
El paludisme es pot prevenir si abans, durant i tot just després del viatge a una zona endèmica

Figura 2. Casos notificats segons els països visitats del continent africà. Barcelona, 1989-2005.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 1. Evolució de les taxes de paludisme notificat. Barcelona, Catalunya i Estat espanyol, 1989-2005.



Font: Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Instituto de Salud Carlos III <http://cne.isciii.es/>

La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)

74

es pren una medicació per tal d'evitar el desenvolupament de la malaltia, si el mosquit que ha picat estava infectat (quimioprofilaxi). Durant el període estudiat, el 96,9% dels casos susceptibles d'haver fet quimioprofilaxi no l'han realitzat o no l'han fet del tot bé. Entre els qui l'han seguit, tan sols el 3,1% dels malalts han manifestat haver-la pres correctament. Això és especialment perillós, ja que segons la distribució de la quimioprofilaxi per zones, el 90% dels casos ha visitat algun país amb màxim risc de transmissió de *P. falciparum* multiresistent (risc tipus IV, definit per l'OMS) (vegeu el quadre 1)¹. El grup de viatgers turistes, tot i el baix compliment que ha existit, ha estat el grup que millor ha realitzat la quimioprofilaxi per davant dels immigrants que tornen al seu país per visitar la família i els amics.

Tot i que alguns punts de vigilància sentinella per a *P. falciparum* d'Europa han observat darrerament una disminució en el nombre de casos d'aquesta espècie¹², s'haurà d'observar en el futur l'evolució de les tendències actuals. La major morbiditat s'ha concentrat entre la població infantil de països endèmics de baixa renda per càpita situats a la franja tropical del planeta, on la malaltia treu especialment profit de les persones amb el sistema immunitari feble, com poden ser els nens i les nenes, les persones malaltes amb sida i les persones amb estats carencials que afecten el seu sistema immunitari. A Barcelona, s'han notificat en aquest temps 6 casos de mort atribuïda al paludisme per *P. falciparum* (taxa de letalitat de l'1,1%). Tots ells eren turistes que havien viatjat a l'Àfrica subsahariana i cap d'ells no havia realitzat quimioprofilaxi.

Per poder combatre la malària eficientment, les estratègies de lluita s'han d'enfocar sempre globalment. Per tal d'evitar la seva infecció, s'han de seguir dirigint els esforços cap al treball multidisciplinari en els diferents àmbits assistencials. Fomentar la prevenció mitjançant els consells al viatger i la realització de quimioprofilaxi, el diagnòstic precoç, el tractament i la declaració són fonamentals per prevenir aquesta malaltia potencialment letal.

Referències bibliogràfiques

- 1 World Health Organisation. Global Malaria Programme. [Citat el 25 de juny de 2007]. Disponible a: www.who.int/malaria/
- 2 Malaria Facts. Malaria Worldwide. Centres for Disease Control and Prevention. [Citat el 25 de juny de 2007]. Disponible a: www.cdc.gov/malaria/facts.htm
- 3 Sachs J, Malaney P. The economic and social burden of malaria. *Nature*. 2002; 415: 680-5.
- 4 Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Enfermedades de declaración obligatoria. [Citat el 25 de juny de 2007]. Disponible a: www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/EDO_series_temporales/
- 5 Parellada N, Caylà JA, Batalla J, Plasencia JA. Paludismo. Análisis de 149 casos (1981-1987). *Enferm Infecc Microbiol Clín*. 1990; 8: 25-31.
- 6 Millet JP, García de Olalla P, Carrillo-Santisteve P, Gascón J, Treviño B, Cayla JA, Muñoz J, Gómez i Prat J, Cabezas J, González A, Pañella H. Paludismo: ¿Una infección emergente en Barcelona? XII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Infecciones Emergentes. La Coruña, 9-11 de mayo de 2007.
- 7 Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Servei de Vigilància Epidemiològica. Brots epidèmics declarats a Catalunya. (Revisió dels informes anuals des del 1989 fins al 2005).
- 8 Reid AJ, Whitty CJ, Ayles HM, Jennings RM, Bovill BA, Felton JM, et al. Malaria at Christmas: risks of prophylaxis versus risks of malaria. *BMJ*. 1998; 317: 1506-1508.
- 9 Ralaimazava P, Bouchaud O, Godineau N, Hamane S, Keundjian A, Durand R, et al. Imported malaria in 2000 in 2 northern Paris hospitals. *Bull Soc Pathol Exot*. 2003; 96: 119-122.
- 10 Skarbinski J, Eliades MJ, Causer LM, Barber AM, Mali S, Nguyen-Dinh P, et al. Malaria Surveillance-United States, 2004. *MMWR*. 2006; 55: 23-37.
- 11 Mac Lean JD, Demes AM, Ndao M, Kokoskin E, Ward BJ, Gyorkos TW. Malaria Epidemics and Surveillance System in Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10: 1195-1201.
- 12 TropNetEurope. Sentinel Surveillance Report: September 2006. *Falciparum malaria in 2006*. [Citat el 25 de juny de 2007]. Disponible a: www.tropnet.net/reports_friends/pdf_reports_friends/sep06_falciparum2006_friends.pdf

El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007

El xarampió és una de les malalties infeccioses més transmissibles que es coneix. Apareix entre 7 i 18 dies després de l'exposició a secrecions respiratòries infectades pel virus, i la seva presentació clínica consisteix en febre elevada, tos, conjuntivitis i un exantema característic que s'inicia al cap i s'estén posteriorment a la resta del cos¹.

Des que el 1991 es va implementar el Programa d'eliminació del xarampió a Catalunya, la incidència de casos de xarampió al territori ha disminuït fins a situar-se per sota d'1 cas per 100.000 habitants. Les estratègies establertes es basen en aconseguir cobertures vacunals del 99% en la primera dosi i del 97% en la segona, la intensificació de la vigilància epidemiològica i la resposta immediata davant l'aparició d'un cas o un brot².

A Catalunya es va introduir la vacuna antixarampiònica al calendari vacunal l'any 1973, que s'administra als 12 mesos d'edat. El 1981, es va incloure la vacuna triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis) als 15 mesos d'edat i al 1988 es va afegir una segona dosi d'aquesta vacuna als 11 anys. Finalment, l'any 1999 s'adopta el calendari vacunal actual, en què s'administren 2 dosis de triple vírica, una als 15 mesos i la segona als 4 anys³.

Malgrat disposar d'una vacuna altament efectiva, s'han anat produint brots a diversos països d'Europa, com ara Romania, Ucraïna, Alemanya, Estònia, Lituània, Portugal, Polònia, Itàlia o l'Estat espanyol. En aquest últim, durant l'any 2003 es va produir un brot a Almeria, amb 186 casos; un altre durant la temporada 2005-2006 a La Rioja, amb 175 casos, i l'any 2006, a Madrid, amb 177 casos enregistrats⁴⁻¹⁰. A Barcelona, el darrer brot va aparèixer durant l'any 1995 i va comptar 94 casos. Posteriorment, l'aparició de casos ha estat molt irregular.

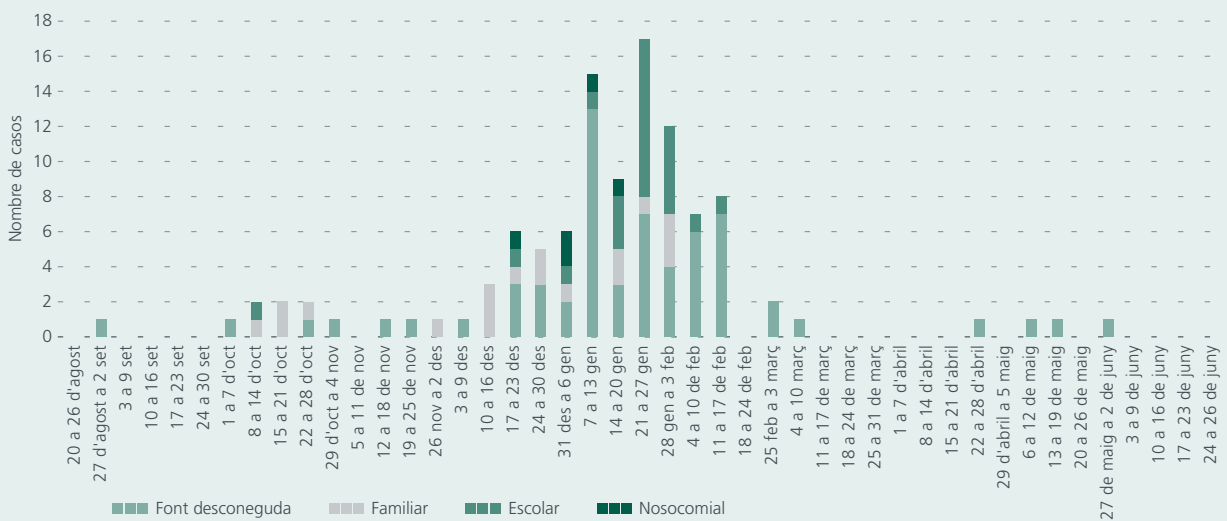
Des del mes d'agost de 2006 fins al mes de juny de 2007, han estat detectats a la ciutat un total de 106 casos de xarampió. La primera notificació va ser durant el mes d'octubre de 2006, però el cas havia iniciat símptomes el dia 25 d'agost. Afectava una nena bosniana que vivia de forma ambulant, procedia d'Itàlia i es va relacionar en temps i espai amb dos casos posteriors, un de la ciutat i un altre de fora de Barcelona.

Distribució temporal

La corba epidèmica (vegeu la figura 1) mostra com després de l'aparició del primer cas, hi ha hagut una primera agregació temporal de 8 casos que apareixen en el període d'un mes (des del 4 d'octubre al 4 de novembre) i, posteriorment, una aparició successiva de casos a partir del 13 de novembre amb un pic de 19 casos la setmana del 21 al 27 de gener. La durada total del brot ha estat de 270 dies, que correspondria a uns 15 períodes d'incubació del xarampió.

El 43,4% dels casos (46) han estat relacionats amb algun altre cas conegut de xarampió. En total s'han detectat 18 brots: d'àmbit familiar

Figura 1. Distribució dels casos de xarampió segons la data d'inici de l'exantema i el tipus d'agrupament. Barcelona, 2006-2007.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007

76

(18 casos agrupats en 9 brots), d'àmbit escolar (23 casos agrupats en 7 brots) i d'àmbit nosocomial (5 casos agrupats en 2 brots). Els 60 casos restants no s'han pogut vincular amb cap altre cas i, per tant, són considerats de font desconeguda.

Distribució espacial

S'ha observat l'aparició de casos de xarampió en tots els districtes municipals i en 28 dels 38 antics barris. El districte municipal amb més incidència ha estat el d'Horta-Guinardó, amb una taxa d'11,7 casos per 100.000 habitants. El segueixen els districtes de Sant Andreu (9,7 casos per 100.000 habitants) i de l'Eixample (8,5 casos per 100.000 habitants). Els barris amb una incidència més elevada han estat el de Vall d'Hebron, amb una taxa de 20,0 casos per 100.000 habitants, seguit per Barri Besòs (19,0 casos per 100.000 habitants) i el de Sagrada Família (18,8 casos per 100.000 habitants). Els barris on no s'ha enregistrat cap cas de xarampió han estat Parc,

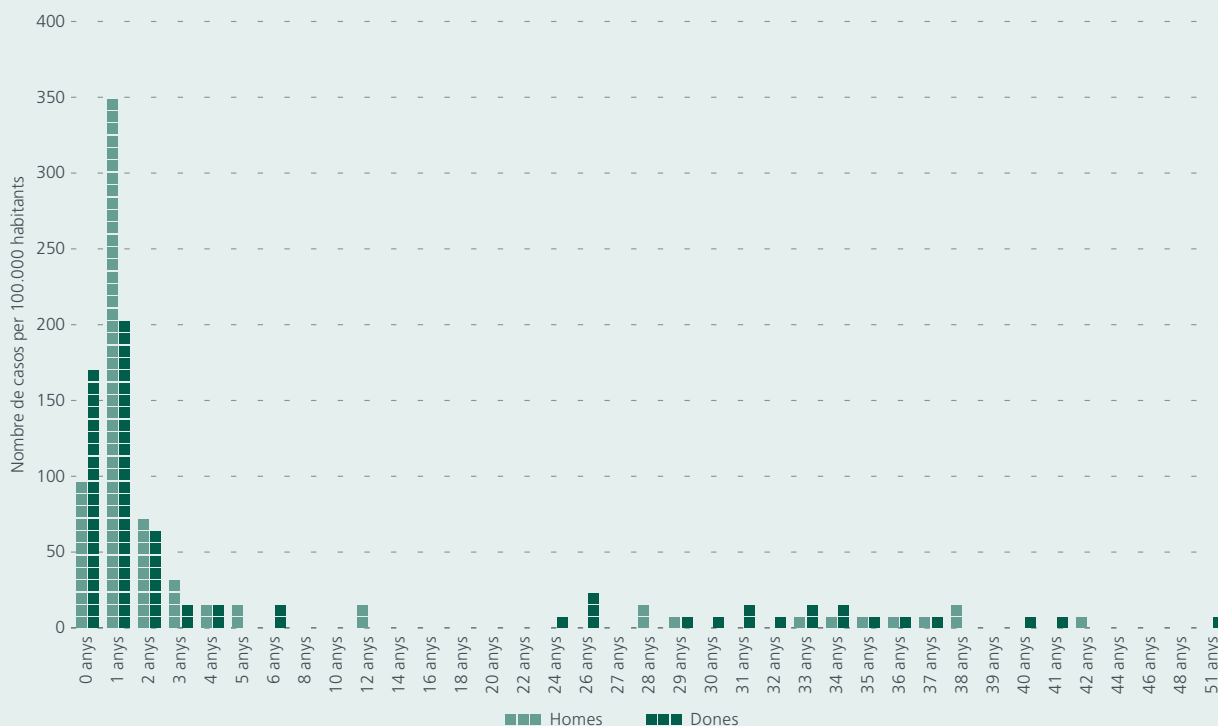
Gòtic, Montjuïc, Font de la Guatlla, Pedralbes, Vallvidrera-Les Planes, Vallcarca, Vilapicina-Turó de la Peira, Congrés, Trinitat Vella i Fort Pius.

Distribució segons les característiques de les persones

Dels 106 casos de xarampió, un 50,9% (54 casos) han afectat el sexe masculí i un 49,1% (52 casos) el femení, i la raó d'home:dona és d'1:1,04. L'edat dels casos ha anat des dels 2 mesos als 51 anys. La taxa d'incidència més elevada s'ha enregistrat en el grup de 0 a 2 anys (vegeu la figura 2), tot assolint valors de 132,0 casos per 100.000 habitants en el de menors d'1 any, de 277,0 casos per 100.000 habitants en el d'1 any, i de 66,1 casos per 100.000 habitants en el grup de 2 anys d'edat. Les edats entre els 11 i 15 mesos són les que han enregistrat les taxes d'incidència més elevades, tot assolint valors de 936,0 casos per 100.000 habitants en els nens de 14 mesos, de 827,8 casos per 100.000 habitants en els nens de 15 mesos, 825,1 casos per 100.000 habitants en els nens de 12 mesos i de 714,3 casos per 100.000 habitants en les nenes de 12 mesos d'edat.

Respecte al país d'origen dels casos, el 90,6% han estat autòctons, mentre que el 9,4% restant ha nascut a Europa (Grècia, Itàlia, Geòrgia i Polònia), Àsia (Kazakhstan) i Amèrica (Colòmbia, Mèxic i Uruguai).

Figura 2. Incidència de xarampió segons el sexe i l'edat. Barcelona, 2006-2007.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els símptomes més freqüents han estat l'exantema, la febre i la tos. Les complicacions més freqüents han estat les diarrees (42,5%), seguides de les otitis (24,5%), la pneumònia (3,8%) i la trombopènia (0,9%). Un 21,7% dels casos han ingressat en diversos hospitals de la ciutat.

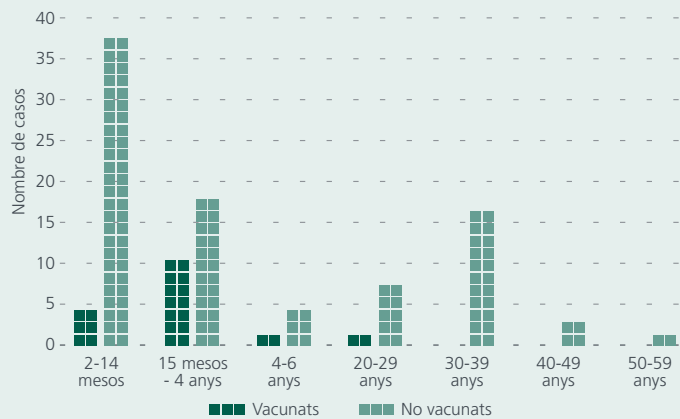
Pel que fa al grau de certesa diagnòstica, un 93,4% dels casos s'ha pogut confirmar, el 84% microbiològicament i el 9,4% per vincle epidemiològic. El genotip determinat ha estat el genotip D4 en 17 de les mostres recollides.

Amb relació a l'antecedent de vacunació (vegeu la figura 3), el 16% dels casos (17 casos) tenien antecedent de vacunació, 16 amb 1 dosi i 1 amb 2 dosis. Entre els menors de 15 mesos, el 90,2% eren infants no vacunats tal com correspon a la seva edat. En el grup de 15 mesos a 4 anys, el 37,9% estaven vacunats amb una sola dosi de vacuna triple vírica. En aquest grup hi ha hagut 8 casos no vacunats per motius diversos (3 per descuit, 2 per indicació mèdica i 3 per ser crítics amb les vacunes) i que, per tant, es podrien haver previngut. En el grup de 4 a 15 anys, 4 dels 5 casos eren nens i nenes sense vacunar, i 3 d'ells eren crítics amb la vacunació. En el grup dels adults cap d'ells no constava com a vacunat, excepte un.

Intervencions realitzades

Davant la notificació urgent d'un cas sospitós de xarampió, s'ha realitzat l'enquesta epidemiològica corresponent per tal de fer una valoració individualitzada, facilitar les mesures diagnòstiques, avaluar els contactes corresponents i dur a terme la intervenció necessària en cada cas. Així doncs, des de l'ASPB, s'han dut a terme 41 intervencions en llars d'infants i escoles on s'havia detectat almenys 1 cas sospitós de xarampió. Del total de 2.109 infants vacunables, es va revisar el carnet vacunal a 1.526 nens i nenes i es va administrar la vacuna triple vírica a 1.461 d'ells, assolint una cobertura del 69,3%. A més, també es va facilitar la vacunació triple vírica a 58 mestres i a 218 pares i mares que eren susceptibles a la infecció.

Figura 3. Distribució dels casos de xarampió segons l'edat i l'estat vacunal. Barcelona, 2006-2007.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Referències bibliogràfiques

- 1 Heymann DL, editor. El control de las enfermedades transmisibles. 18ª ed. Washington DC: OPS; 2005.
- 2 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa d'eliminació del xarampió a Catalunya per a l'any 2000. Bases científiques i programa. Quaderns de Salut Pública 12. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1998.
- 3 DOGC núm. 2847, de 15 març de 1999, Decret 60/1999.
- 4 Saimolovich EO, Yermalovich MA, Semeiko GV, Svirchevskaya EI, Rimzha MI, Titov LP. Outbreak of measles in Belarus, January-June 2006. Eurosurveillance. 2006; 11(7).
- 5 Boncompagni G, Incandela L, Bechini A, Giannini D, Cellini C, Trezzi M, et al. Measles outbreak in Grosseto, central Italy, 2006. Eurosurveillance. 2006; 11(8).
- 6 Van Treek U. Measles outbreak in Germany: over 1000 cases now reported in Nordrhein Westfalen. Eurosurveillance. 2006; 11(5).
- 7 Garcia Comas L. Measles outbreak in the region of Madrid, Spain, 2006. Eurosurveillance. 2006; 11(3).
- 8 Muscat M, Harvig Christianse A, Persson K, Plesner AM, Böttiger BE, Glisman S, et al. Measles outbreak in the Oresund region of Denmark and Sweden. Eurosurveillance. 2006; 11(3).
- 9 Filia A, Curtale F, Kreidi P, Morosetti G, Nicoletti L, Perrelli F, et al. Cluster of measles cases in the Roma/Sinti population, Italy, June-September 2006. Eurosurveillance. 2006; 11(10): E061012.2.
- 10 Spika JS, Aidryalieva C, Mukharskaya L, Kostyuchenko NN, Mulders M, Lipskaya G, et al. Measles outbreak in the Ukraine, 2005-2006. Eurosurveillance. 2006; 11(10): 202.

Les antenes de telefonia mòbil i la salut

78

El nombre d'usuaris de telefonia mòbil ha crescut de manera exponencial en els darrers anys. A l'Estat espanyol, l'any 2006 hi ha hagut més de 46 milions de línies de telefonia mòbil. A Catalunya, a la fi de l'any 2003, el 82,2% de les llars tenien telèfon mòbil i actualment a Barcelona hi ha unes 600 estacions base (vegeu la figura 1). Es calcula que l'any 2008, el 50% del trànsit per Internet es realitzarà mitjançant telefonia mòbil.

Es tracta d'una tecnologia que utilitza les ones de radiofreqüència per a la transmissió de senyals i que ha evolucionat molt ràpidament. Dels sistemes de comunicació analògics, utilitzats als anys 80, que únicament permetien la transmissió de so es va passar als sistemes digitals, que poden transmetre dades i imatges. En aquests moments existeix la tercera generació de telèfons mòbils (3G), que utilitzen el sistema de telecomunicacions mòbils universals (UMTS). Aquesta nova tecnologia opera a freqüències superiors i, juntament amb l'increment de la demanda, requereix l'augment del nombre d'estacions, fet que disminuirà la potència de les emissions de les antenes.

La telefonia mòbil és un sistema de comunicació que, malgrat que s'ha establert fa relativament poc temps al nostre país, s'ha integrat en la nostra cultura i la condiona més enllà de les xifres. Alhora, s'ha fet indispensable, directament i indirectament, per al sistema econòmic i de mercat segons el model actual. Però aquesta gran acceptació i l'increment extraordinàriament ràpid del seu ús han anat acompanyats de l'augment de les preocupacions sobre els seus possibles riscos per a la salut. A Catalunya la percepció de risc associat amb els telèfons mòbils és molt baixa. L'octubre de 2006, l'1,2% de la població percebia que un inconvenient de l'ús de la telefonia mòbil era el seu risc per a la salut, ja que s'associava al càncer.

Descripció tecnològica

Les antenes que es troben a les estacions base són una peça essencial del sistema de telefonia mòbil, ja que reben i transmeten informació entre les persones usuàries. Les estacions base estan formades per una torre inerta, sobre la qual es col·loquen verticalment el conjunt d'antenes, i un mòdul amb l'equip electrònic i d'alimentació. Les estacions base

es despleguen al llarg del territori, constituint una xarxa on cadascuna d'elles dona cobertura a un espai conegut com a cel·la (telefonia cel·lular). El nombre de comunicacions simultànies que pot suportar una cel·la és limitat. Quan el trànsit es veu incrementat, és necessari augmentar el nombre d'estacions base per poder garantir la cobertura eficaç.

El mitjà de transport de la informació entre els telèfons i les antenes són ones d'energia electromagnètica conegudes com a ones de radiofreqüència. Quan es fa una trucada, el telèfon mòbil converteix la veu en ones de radiofreqüència que es difonen fins que arriben a l'estació base més propera. Aquesta estació les envia per mitjà de la xarxa fins que arriben al telèfon al qual s'està trucant.

Les antenes projecten feixos perpendiculars d'ones electromagnètiques que es dirigeixen frontalment. Per això, la radiació cap a una edificació situada directament a sota és pràcticament inexistent. La intensitat dels camps electromagnètics es redueix ràpidament amb la distància.

L'exposició als camps electromagnètics generada per una estació base sol ser més baixa que quan s'utilitza un telèfon mòbil. Tot i que els telèfons emeten a potències inferiors, es troben a distàncies molt properes al cos i estan molt localitzades al cap o en altres parts del cos. Els camps electromagnètics de les antenes tenen més potència, però en trobar-se a més distància de les persones, l'exposició rebuda és menor. Malgrat això, generen més alarma, atès que funcionen permanentment i que les radiacions es poden rebre sobre tot el cos.

Quotidianament estem exposats a nombroses radiacions electromagnètiques, que van des dels raigs solars o els raigs X d'ús mèdic, fins als camps generats pels televisors, ordinadors o qualsevol electrodomèstic (vegeu la figura 2). A l'espectre electromagnètic, les ones es poden classificar en dos tipus: les ionitzants, que són d'alta freqüència i amb energia suficient per ocasionar danys a l'ADN i, per tant, amb efecte cancerigen, i les no ionitzants, que són radiacions de freqüència més baixa, sense energia suficient per trencar l'ADN però sí per produir efectes tèrmics. Les ones de radiofreqüència se situen entre aquestes últimes, entre 300 Hz i 300 GHz.

Efectes sobre la salut

L'exposició a radiofreqüències s'ha relacionat en determinats casos amb el desenvolupament de leucèmies, limfomes, tumors cerebrals, neurinomes de l'acústic i tumors de glàndules salivals. També s'ha relacionat amb altres símptomes, com mals de cap, fatiga, trastorns de la son, pèrdua de la concentració i memòria o visió borrosa i sordesa.

Per poder entendre aquests efectes s'han portat a terme diversos estudis epidemiològics i experimentals. Els estudis que s'han realitzat relacionen l'exposició a radiofreqüències amb l'escalfament dels teixits, malgrat que les ones no tenen energia suficient per produir una elevació significativa de la temperatura. Pel que fa als efectes no tèrmics, no es pot confirmar

l'increment del risc de càncer o de qualsevol altra malaltia. Alguns estudis han suggerit que podrien induir canvis en l'activitat normal del cervell, en el temps de reacció i en el patró de la son, però els canvis són mínims i no són aparentment significatius per a la salut. Alguns especialistes han assenyalat que aquests símptomes podrien estar associats a l'estrès originat per la sensació de risc que pot ocasionar tenir una antena pròxima.

Les revisions de les publicacions científiques posen de manifest que no es disposa d'evidència científica concloent sobre l'existència d'efectes nocius a les freqüències a les quals emeten les antenes de telefonia mòbil i a les distàncies de protecció que estableixen els estàndards internacionals.

Mesures correctores i preventives adoptades

Atès que amb els estudis actuals no es poden descartar completament els efectes adversos sobre la salut, a escala internacional s'ha optat per establir o recomanar nivells i distàncies de protecció, tot aplicant el principi de precaució, fins que no es disposi de més evidència científica.

Les instal·lacions de telefonia mòbil estan subjectes al Reial decret 1066/2001, que estableix les mesures de protecció sanitària i els límits d'exposició del públic en general a camps electromagnètics procedents d'emissions radioelèctriques. El Decret 148/2001 té com a objectiu fixar els nivells de referència i les distàncies de protecció de les persones, l'ordenació urbanística de la implantació d'instal·lacions i el sistema d'intervenció administrativa de les obres i activitats, que obliga les empreses operadores a disposar d'una llicència municipal i d'una certificació tècnica que asseguri el compliment de la legislació vigent.

L'any 2003 va entrar en vigor la modificació de l'Ordenança dels usos del paisatge urbà de la ciutat de Barcelona, que pel que fa a la implantació d'antenes i d'altres instal·lacions de telefonia mòbil, estableix les condicions següents:

- + No s'admeten noves instal·lacions de telefonia mòbil en edificis amb ús d'habitatge, si aquestes no existien abans de l'entrada en vigor de l'Ordenança.

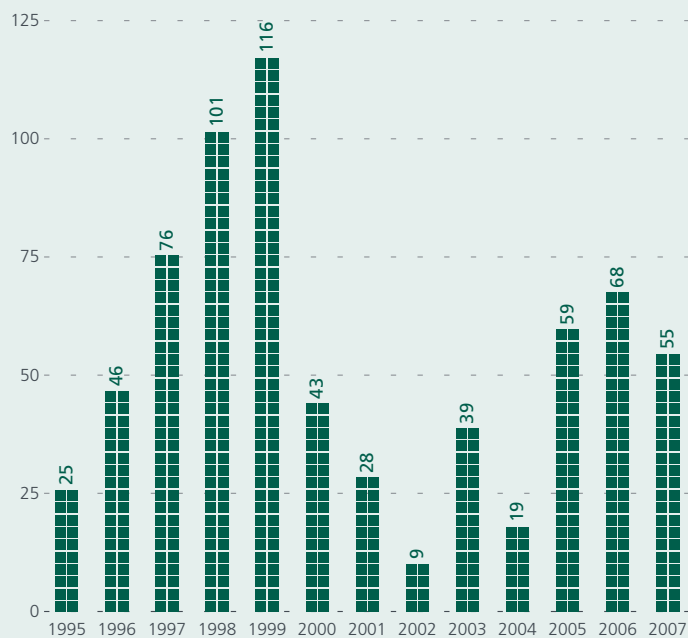
- + L'exposició a camps electromagnètics es redueix en quatre vegades respecte al que indica el Decret 148/2001 de la Generalitat, i és nou vegades inferior al que estableix el Reial decret 1066/2001.
- + S'obliga a compartir emplaçaments per donar un ús més eficient a la manca d'espai urbà i reduir la proliferació d'estacions base de telefonia.

D'altra banda, la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona disposen de deu equips de mesura en continu de camps electromagnètics que estan distribuïts per tota la ciutat. Mensualment s'elabora un informe amb les mesures obtingudes per cada equip i s'envia al districte corresponent. Totes les mesures obtingudes des del gener del 2006 fins a l'actualitat són molt inferiors als nivells màxims establerts per l'Ordenança. El Ministeri d'Indústria, Turisme i Comerç també elabora informes anuals i disposa d'un servei d'informació sobre instal·lacions radioelèctriques.

Conclusions i recomanacions

El fet que la telefonia mòbil s'hagi incorporat en la nostra vida quotidiana i en la nostra cultura tan ràpidament afavoreix que sorgeixin conflictes i que una part de la població estigui preocupada pels possibles riscos per a la salut associats amb les antenes. També cal prendre en consideració els aspectes econòmics i urbanístics, ja que, ateses les característiques

Figura 1. Evolució del nombre de llicències concedides per a la instal·lació d'antenes de telefonia mòbil. Barcelona, 1995-2007.



Font: Direcció de Serveis d'Actuació Urbanística, Ajuntament de Barcelona.

Les antenes de telefonia mòbil i la salut

80

orogràfiques i la tipologia de les edificacions a Barcelona, el nombre d'estacions base necessari perquè el servei sigui eficient és relativament elevat.

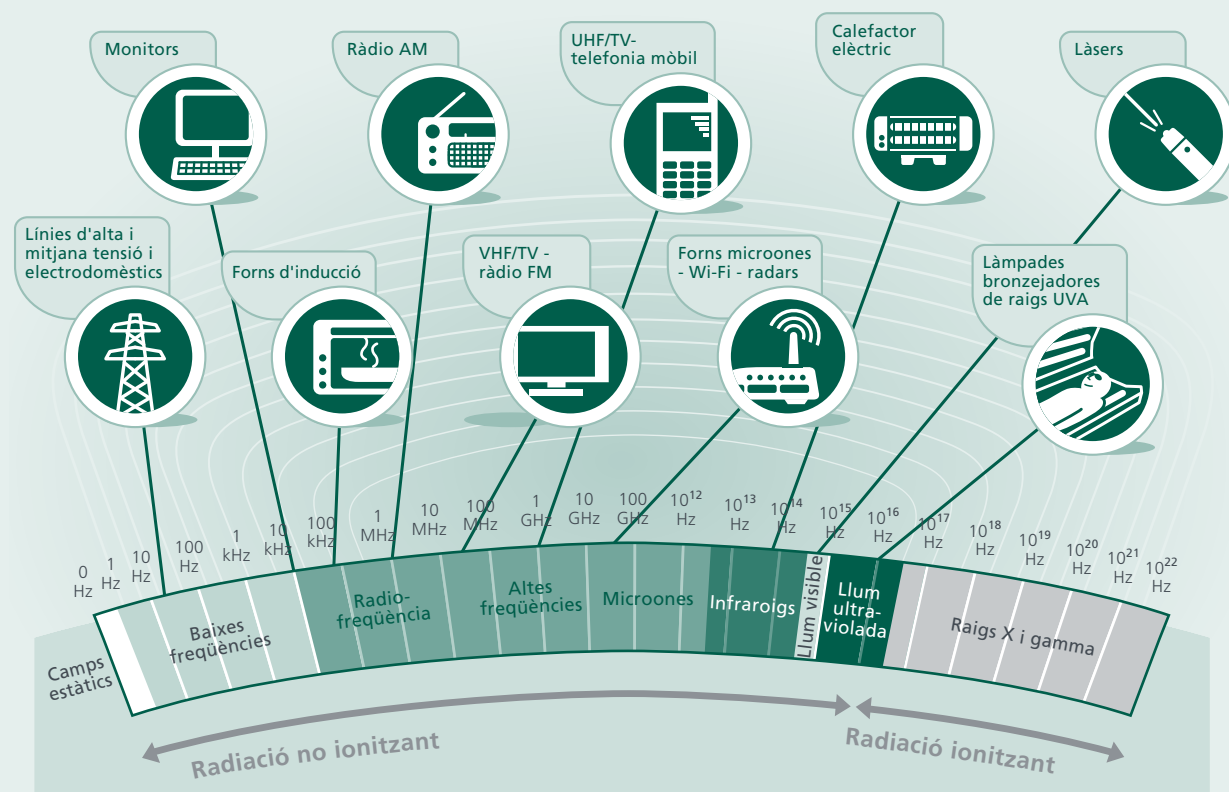
Els estàndards internacionals que s'han desenvolupat ofereixen protecció amb amplis marges de seguretat, tant a les persones usuàries de telefonia mòbil com a les persones que treballen o viuen prop de les estacions base, segons l'evidència científica disponible actualment.

Les mesures de radiació de les antenes de telefonia mòbil es poden consultar a:
www.gencat.cat/societatdelainformacio i a
www.mityc.es/nivelesexposicion.

Des del punt de vista de protecció de la salut, l'OMS va publicar el maig del 2006 una nota descriptiva on diu textualment: «Prenent en consideració els nivells d'exposició molt baixos i els resultats de recerca reunits fins al moment, no hi ha cap prova científica convincent que els febles senyals de radiofreqüències procedents de les estacions base i de les xarxes inalàmbriques tinguin efectes adversos sobre la salut».

Si contemplem l'expansió de la telefonia mòbil des del punt de vista del principi de precaució, és important que especialment els consumidors decideixin sobre la base d'un balanç cost-benefici raonat. Aquesta tecnologia ofereix serveis variats, que van des de la possibilitat de mantenir una conversa o enviar un SMS des d'un lloc qualsevol (inclosos punts on no hi ha telefonia fixa o en situacions d'emergència) fins a d'altres, com són l'accés a Internet o, aviat, la recepció de programes de TV amb finalitats exclusivament d'esbarjo o publicitàries. Com més intensa i extensa sigui la utilització dels telèfons mòbils, més elevat serà el nombre d'antenes necessari.

Figura 2. L'espectre electromagnètic.



Font: Adaptat de: El Yamani M. Champs électromagnétiques. A: Santé et environnement: enjeux et clés de lecture. Maisons-Alfort cedex: Agence Française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail; 2005.

Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

El SISCERR-BCN és el sistema de classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari de la ciutat de Barcelona. Aquest sistema serveix per estimar el risc sanitari i així establir les freqüències d'inspecció basant-se en el risc inherent al mateix establiment.

La vigilància i el control sanitari dels establiments alimentaris pretenen minimitzar els riscos per a la salut pública associats al consum d'aliments. La normativa aplicable estableix una sèrie de requisits que els establiments han de complir. Els serveis de salut pública, mitjançant l'exercici de l'autoritat sanitària, monitoritzen la seva situació real i plantegen accions per millorar-la. Per tal de racionalitzar els recursos disponibles de forma eficaç, prioritzar les accions per part dels diferents serveis d'inspecció i planificar i programar les activitats de control sanitari dels aliments, l'ASPB ha dissenyat un sistema de classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari en funció del seu risc: el SISCERR-BCN.

Després d'una prova pilot prèvia a la seva validació, el SISCERR-BCN es va aplicar a un total de 340 establiments alimentaris amb registre sanitari durant la campanya 2004-2005. Durant aquest període es van classificar els sectors següents: carns i derivats, productes de la pesca, llet i derivats, cuines centrals, gelats i orxaters. Posteriorment, es va realitzar una nova aplicació del programa als sectors de la carn i el peix durant els anys 2005-2006. En l'actualitat s'aplica a tots els establiments alimentaris amb registre sanitari, independentment del sector al qual pertanyin.

El SISCERR-BCN es basa en 18 variables agrupades en tres apartats: condicions generals, higiene i instal·lacions. L'inspector, que visita l'establiment, inclou cadascuna de les 18 variables en una de les opcions possibles, que són: A, B o C. L'opció A és la que implica menys risc, mentre que l'opció C és la de major risc. Per fer-ho s'avalua cadascun dels paràmetres que componen cada variable. Aquests paràmetres estan recollits en un document de treball que és idèntic per a tots els establiments classificats.

Cada variable té associat un valor predeterminat per a cadascuna de les categories de risc (vegeu la figura 1). Una vegada es disposa dels diferents valors, se sumen. Així, per a cada apartat (condicions generals, higiene i instal·lacions) hi ha una xifra. Amb l'aplicació d'un coeficient corrector establert a cadascuna d'aquestes xifres, es genera, sumant-les, un resultat final total per a cada establiment que oscil·la entre 0 i 100, on 100 és la puntuació òptima (vegeu la figura 1). Aquest resultat expressa de forma numèrica i objectiva el risc sanitari percebut. La xifra obtinguda associada al risc sanitari percebut per a cada establiment donarà una freqüència d'inspecció per a l'establiment (vegeu la figura 2).

Les dificultats més grans a l'hora de dissenyar i aplicar aquest sistema de classificació són:

- + Aconseguir un únic manual per a establiments molt diferents.
- + La gran quantitat de normativa sanitària d'aplicació.
- + El gran nombre i diversitat d'establiments alimentaris per classificar.

L'aplicació d'aquest programa, a més de donar informació puntual sobre cada establiment en concret, permet fer un seguiment de les tendències que segueixen al llarg del temps les classificacions col·lectives dels diferents sectors. D'aquesta manera, en el sector de les carns i derivats, en un total de 124 establiments classificats, la puntuació global mitjana del sector ha passat de 57,8 en la campanya 2004-2005 a 61,8 en el 2005-2006 (vegeu la figura 3). S'observa una evolució positiva: d'un 43% a un 51% d'establiments classificats de risc mínim, molt baix o baix, i d'un 9% a un 3% d'establiments de risc alt o molt alt. En el sector de productes de la pesca, en un total de 54 establiments valorats, la puntuació global mitjana del sector ha passat de 60 en la campanya 2004-2005 a 65 en el 2005-2006. S'observa igualment una evolució positiva: d'un 53% a un 68% d'establiments classificats de risc molt baix o baix, i d'un 8% a un 2% d'establiments de risc alt o molt alt (vegeu la figura 3). En tots dos sectors s'aprecia una disminució dels riscos per a la salut pública.

Referències bibliogràfiques

Australia New Zealand Food Authority. Food Safety: The priority classification system for food businesses. A risk-based system designed to classify food businesses into priority ratings based on the risk they present to public health and safety. Citat el 23 d'agost de 2007. Disponible a: www.foodstandards.gov.au/newsroom/publications/thepriorityclassification352.cfm.

Meat Hygiene Service. Regne Unit. Hygiene assessment system (HAS score). Citat el 23 d'agost de 2007. Disponible a: <http://www.food.gov.uk/foodindustry/meat/mhservice>.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Programa de classificació d'establiments alimentaris d'origen animal a Catalunya.

Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

82

Figura 1. Fitxa de classificació SISCERR-BCN. Barcelona, 2006.

Raó Social Establiment				
Variables	Apartats	A	B	C
1- Volum de producció / emmagatzematge	Condicions generals	20	10	0
2- Autocontrols	Condicions generals	20	10	0
3- Destinataris producte final	Condicions generals	10	5	0
4- Tecnologia d'elaboració	Condicions generals	10	5	0
5- Col·laboració administrats	Condicions generals	10	5	0
6- Incidències passades	Condicions generals	12	6	0
7- Tipus de producte	Condicions generals	18	9	0
8- Higiene d'estris i instal·lacions	Higiene	18	9	0
9- Pràctiques higièniques	Higiene	28	14	0
10- Ús i maneig de productes de neteja	Higiene	10	5	0
11- Control de la temperatura	Higiene	24	12	0
12- Ús d'envasos i embalatges	Higiene	8	4	0
13- Emmagatzematge	Higiene	12	6	0
14- Distribució	Instal·lacions	14	7	0
15- Manteniment	Instal·lacions	30	15	0
16- Material de construcció	Instal·lacions	16	8	0
17- Infraestructures obligatòries	Instal·lacions	20	10	0
18- Dimensions	Instal·lacions	20	10	0

Puntuació			
Condicions generals		X 0,33	
Higiene		X 0,50	
Instal·lacions		X 0,17	
		Total	(de 0 a 100)

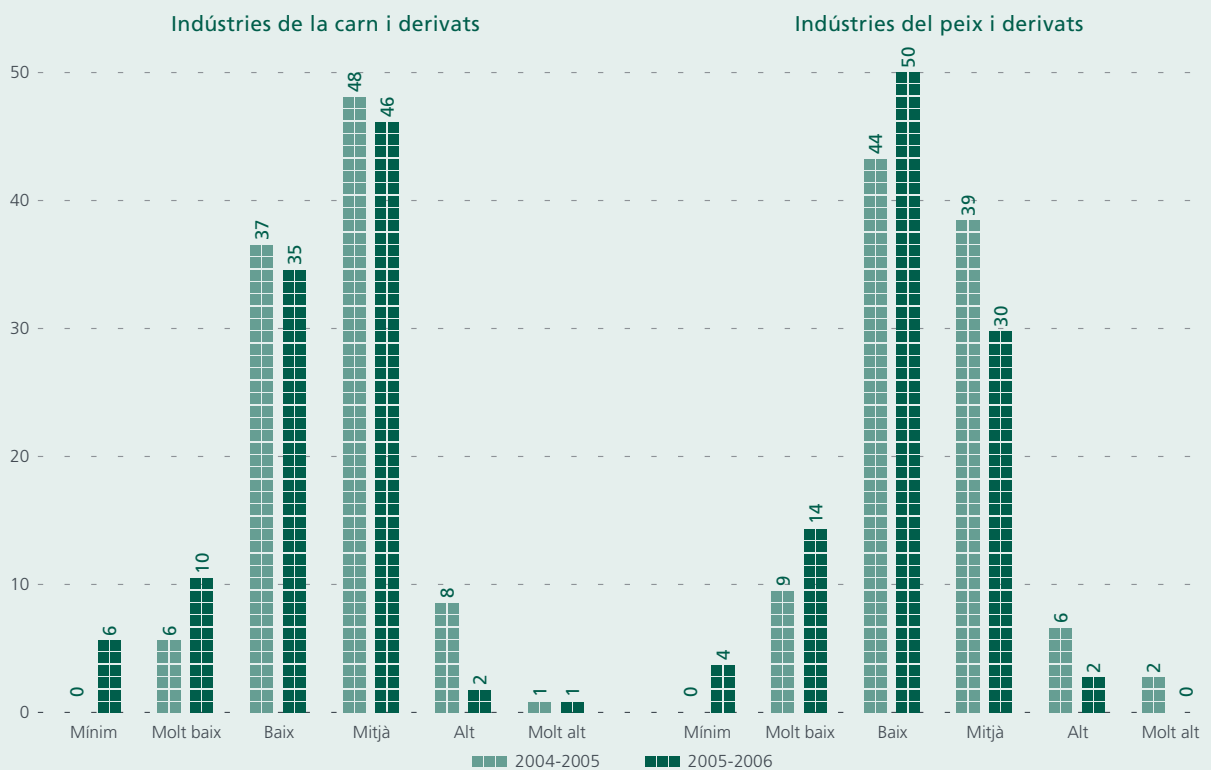
Font: Institut de Seguretat Alimentària i Salubritat, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: opció A: menys risc, opció B: risc mitjà, i opció C: més risc.

Figura 2. Quadre de freqüències d'inspecció en funció del risc.

Resultat classificació		Freqüències d'inspecció
Risc mínim	100 - 88 punts	De 18 mesos a 24 mesos
Risc molt baix	87 - 74 punts	De 12 mesos a 18 mesos
Risc baix	73 - 59 punts	De 6 mesos a 12 mesos
Risc mitjà	58 - 44 punts	De 3 mesos a 6 mesos
Risc alt	43 - 30 punts	De 1 mes a 3 mesos
Risc molt alt	29 - 15 punts	Intervenció urgent
Extrem	14 - 0 punts	

Font: Institut de Seguretat Alimentària i Salubritat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Comparació de resultats a les indústries de la carn i derivats i a les indústries del peix i derivats. Barcelona, 2004-2005 i 2005-2006.



Font: Institut de Seguretat Alimentària i Salubritat, Agència de Salut Pública de Barcelona.



La salut a Barcelona 2006 en xifres

Presentació

Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica
La situació socioeconòmica
Les condicions de vida
La mobilitat a Barcelona

Com vivim

El medi ambient
L'aire
Les aigües de consum de proveïment públic
La seguretat alimentària
Els animals urbans
Els espais públics oberts i confinats
Els serveis sanitaris
L'atenció primària de salut
L'atenció a les urgències
L'atenció especialitzada hospitalària
L'atenció sociosanitària
L'atenció a la salut mental
L'atenció a les drogodependències
La prestació farmacèutica
Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut maternoinfantil
Els problemes de salut específics
La tuberculosi
La infecció per VIH-sida
Les lesions per accidents
Les lesions per col·lisions de trànsit
Les lesions per accidents de treball
La mortalitat

Monogràfics

Principals resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006
Seguiment de la població d'ètnia gitana del barri del Camp de la Bota de Barcelona (1985-2005)
La situació del paludisme a Barcelona els darrers 17 anys (1989-2005)
El xarampió a Barcelona: una epidèmia durant la temporada 2006-2007
Les antenes de telefonia mòbil i la salut
Classificació d'establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc, SISCERR-BCN

La salut a Barcelona 2006 en xifres

Qui som

86

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1986-2006.

Població		1986	1991	1996	2001	2006
0-14	Homes	157.073	121.726	92.093	88.592	97.142
	Dones	148.243	115.104	87.544	84.543	92.949
15-44	Homes	354.869	352.714	314.536	317.954	360.914
	Dones	359.482	356.504	320.916	318.161	346.661
45-64	Homes	201.324	193.872	178.844	172.202	186.410
	Dones	228.532	218.143	203.061	196.389	211.360
65-74	Homes	59.021	68.244	76.425	74.974	69.732
	Dones	88.327	97.166	104.124	99.508	89.486
75 o més anys	Homes	34.345	39.432	43.087	51.502	60.358
	Dones	70.596	80.639	88.175	100.059	114.525
Total	Homes	806.632	775.988	704.985	705.224	774.556
	Dones	895.180	867.554	803.820	798.660	854.981
Població de 65 o més anys	Homes	11,6%	13,9%	16,9%	17,9%	16,8%
	Dones	17,7%	20,5%	23,9%	25,0%	23,9%
Índex de sobreenvelliment ¹	Homes	36,8	36,6	36,0	29,6	46,4
	Dones	44,4	45,3	45,8	50,1	56,1
Gent gran que viu sola 65-74 anys	Homes	ND	4.518 (6,6%)	5.901 (7,7%)	6.922 (9,2%)	7.438 (10,7%)
	Dones	ND	23.015 (23,7%)	25.379 (24,4%)	24.024 (24,1%)	21.170 (23,7%)
75-84 anys	Homes	ND	3.277 (10,0%)	3.836 (11,1%)	5.162 (16,4%)	6.602 (13,6%)
	Dones	ND	18.580 (30,1%)	23.371 (36,0%)	28.302 (28,3%)	31.553 (38,8%)
85 o més anys	Homes	ND	827 (12,3%)	1.376 (16,1%)	1.791 (18,1%)	2.430 (20,4%)
	Dones	ND	3.837 (20,2%)	6307 (27,1%)	9.338 (34,8%)	12.858 (38,8%)
Nivell d'instrucció (16 o més anys)						
Sense estudis i primària incompleta	Homes	ND	14,5%	12,0%	9,0%	10,2%
	Dones	ND	22,8%	19,0%	13,9%	14,2%
Primària completa	Homes	ND	26,2%	26,0%	17,3%	25,6%
	Dones	ND	29,2%	29,0%	21,3%	26,8%
Estudis secundaris	Homes	ND	39,0%	44,1%	51,2%	41,9%
	Dones	ND	31,3%	36,5%	44,6%	37,3%
Títol de grau mitjà	Homes	ND	6,4%	5,3%	8,6%	6,6%
	Dones	ND	6,9%	6,2%	9,1%	8,5%
Títol superior	Homes	ND	9,5%	11,9%	13,9%	15,4%
	Dones	ND	5,5%	8,4%	11,1%	13,0%
No conegut	Homes	ND	4,5%	0,7%	ND	0,3%
	Dones	ND	4,3%	0,8%	ND	0,2%
Població de nacionalitat estrangera		ND	1,4%	1,9%	4,9%	16,5%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1986 i 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001 i lectura del padró continu de l'any 2006. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: No disponible. ¹ L'índex de sobreenvelliment diferencia, del col·lectiu de 65 o més anys, aquells qui tenen 75 o més anys. Es presenta la proporció següent: (persones més grans de 74 anys/persones més grans de 64 anys) x 100 habitants.

Com vivim

Taula 1. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1999-2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Atenció Primària de Salut								
Visites per habitant i any	5,5	5,6	5,6	6,0	4,9	5,4	5,7	5,6
Cobertura vacunació antigripal en majors de 60 anys (>64 anys abans del 2003)	51,7%	56,7%	52,6%	57,5%	53,3%	51,3%	54,2%	55,7%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població major de 64 anys	6,0%	6,1%	6,1%	6,4%	6,1%	6,5%	5,8%	5,8%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses ¹	652.233	668.453	690.479	711.552	721.377	722.641	722.806	719.443
Activitat SCUB-061								
Nombre de trucades	633.136	625.583	631.142	677.982	686.169	626.905	670.939	684.860
Nombre d'urgències a domicili	62.841	61.266	59.972	53.047	56.342	57.299	60.074	59.475
Nombre d'emergències ²	72.344	71.115	72.258	78.024	160.490	154.651	164.624	157.980
Activitat als centres d'atenció continuada / dispensaris parahospitalaris								
Nombre de visites de metge	170.699	181.498	188.489	194.072	205.810	211.866	234.929	231.451
Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
Nombre de domicilis d'aguts	160.873	130.915	106.960	115.971	109.456	107.018	117.739	94.784
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ³	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3	2,6
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab. /any dels residents a BCN ⁴	88,7	91,0	89,6	103,96	102,5	100,8	101,9	90,6
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària	7,0%	6,7%	7,3%	6,5%	8,6%	8,7%	8,9%	8,6%
Altes als hospitals de la XHUP de BCN que són de no residents a la ciutat	33,1%	33,6%	33,6%	31,6%	32,7%	33,9%	33,1%	33,4%
Atenció sociosanitària								
Llits de llarga estada	980	1.046	1.116	1.151	1.239	1.222	1.329	1.359
Llits de convallescència	351	373	443	443	565	600	680	719
Llits de cures pal·liatives	95	95	105	107	107	107	107	87
Llits unitats de sida	45	35	35	35	35	35	35	35
Places en hospitals de dia	155	155	209	209	234	279	337	369
Nombre d'equips PADES	13	15	17	17	17	17	19	20
Nombre d'equips UFISS hospitalària	7	9	10	12	12	12	12	12
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA ⁵)	ND	ND	ND	ND	5	5	5	7

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).

Notes: ND: No disponible. ¹A partir de l'any 1999, en el nombre d'urgències hospitalàries ateses s'inclou l'Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron.

²A partir de l'any 2003, la informació sobre emergències realitzades pel SCUB-061 no es pot desglossar i inclou els serveis d'ambulància sanitaritzada + ambulància amb metge + metge d'emergències + transport urgent no sanitaritzat. La informació equivalent als anys 1999-2002 seria: 131.571, 133.083, 153.826 i 155.764 casos, respectivament. ³L'any 2006, la font dels llits públics d'aguts és l'enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. ⁴A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable alta hospitalària que utilitza el CatSalut. Atès l'increment poblacional (any 2000 vers 2006: 11,2%), a partir de l'any 2006 s'utilitza la població RCA 2006 per fer els càlculs de les taxes. ⁵EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria (nou recurs 2003).

Taula 1. (continuació) >

Com vivim

88

Taula 1. (continuació) Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1999-2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Atenció sociosanitària								
Núm. pacients llits llarga estada	3.086	2.897	2.858	3.163	2.838	3.217	2.832	2.523
Núm. pacients unitats convalsència	2.522	2.590	2.752	3.588	4.089	4.042	4.551	4.022
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	1.108	949	872	1.087	1.028	1.044	1.059	869
Núm. pacients unitats de sida	206	156	140	136	57	14	ND	ND
Núm. pacients unitats hospital de dia	256	658	281	644	703	347	700	693
PADES (inclou ETODA)	3.683	3.713	4.222	4.099	4.006	3.633	6.832	6.553
UFISS	2.712	5.741	7.137	9.572	5.204	4.221	8.907	3.062
EAIA ⁵ (processos)	ND	ND	ND	ND	1.213	1.270	ND	3.491
Atenció a la salut mental								
Ambulatori								
Núm. centres d'adults (CSMA ⁶)	15	15	15	15	16	16	16	16
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	10	10	10	10	11	11	11	11
Núm. llits d'hospitalització psiquiàtrica	380	380	345	406	359	367	473	490
Núm. places d'hospitals de dia	109	114	136	147	157	157	205	247
Rehabilitació								
Núm. places en centres de dia	499	499	572	632	632	632	657	690
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁶)	26.828	27.703	ND	33.799	36.776	34.556	40.474	34.223
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	5.222	5.950	ND	6.081	7.384	5.612	5.937	6.256
Hospitals i altes ⁸	4.428	4.489	4.504	4.552	4.706	4.436	4.647	4.765
Centres de dia	779	876	977	1.070	1.180	1.226	713	1.339

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).

Notes: ND: No disponible. ⁵EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria (nou recurs 2003). ⁶L'any 2003, no es disposa de dades d'un CSMA (població ABS, 10E i 10F). L'any 2004, no es disposa de les dades de l'esquerra de l'Eixample i de Sant Martí. Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS, 10D, 10E, 10F, 10G, 10H, 10I i 10J). ⁷L'any 2003, no es disposa de dades d'un CSMIJ (població ABS, 10E i 10F). Els anys 2004-2006, no es disposa de les dades de Ciutat Vella i de Sant Martí. ⁸L'any 2006, no es disposa de dades de dos centres.

La nostra salut

Taula 1. Indicadors de salut maternoinfantil. Barcelona, 1996-2005.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	7,9	8,1	7,7	8,1	8,3	8,3	8,6	9,6	9,8	9,2
Dones de 15-49 anys										
Nombre d'embarassos	14.799	15.301	15.011	15.851	16.898	17.192	17.975	18.885	19.319	19.413
Nombre d'IVE	2.869	3.325	3.607	3.922	4.328	4.675	5.028	4.637	4.754	4.703
IVE sobre el total d'embarassos	19,3%	21,4%	23,6%	24,2%	25,6%	27,1%	28,0%	24,6%	24,6%	24,2%
Nombre de naixements	11.930	11.976	11.404	11.929	12.570	12.517	12.947	14.248	14.565	14.710
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	31,9	32,1	30,6	31,9	33,6	33,8	35,0	36,4	37,2	36,8
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	41,6
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	39,8	41,2	40,4	42,7	46,2	45,5	48,6	48,2	39	48,6
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	63,7
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	7,7	9,0	9,7	10,6	11,8	12,6	13,6	11,8	9,6	11,8
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	22,1
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	5,0%	4,8%	4,8%	5,3%	8,4%	7,4%	12,0%	14,4%	16,5%	19,1%
Naixements amb només un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	8,7%	8,4%	8,8%	9,0%	9,5%	9,1%	9,8%	8,9%	9,6%	11,7%
Naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g) ²	6,1%	6,1%	ND	6,8%	7,4%	7,1%	7,4%	8,2%	7,8%	7,7%
Naixements prematurs (<37 setmanes de gestació) ²	4,4%	3,8%	ND	4,9%	6,6%	7,5%	8,4%	7,4%	7,6%	6,9%
Naixements amb baix pes per edat gestacional ³	4,2%	4,4%	ND	4,0%	2,9%	2,5%	3,4%	2,8%	2,4%	3,0%
Adolescents (dones de 14-17 anys)										
Nombre d'embarassos	146	174	185	200	190	219	212	264	261	290
Nombre d'IVE	101	132	152	152	143	163	164	169	188	200
IVE sobre total d'embarassos	59,5%	69,1%	75,6%	70,7%	75,3%	74,4%	77,4%	64,0%	72,0%	68,9%
Nombre de naixements	45	42	33	48	47	56	48	95	73	90
Naixements sobre el total de naixements	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,7%	0,5%	0,6%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	1,5	1,4	1,1	1,6	1,9	2,2	1,9	3,8	2,9	2,5
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	8,7
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	3,4	4,1	4,2	6,0	7,7	8,7	8,4	10,6	10,2	8,0
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,9
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	2,0	2,9	3,1	4,5	5,8	6,5	6,5	6,8	7,4	5,5
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	17,2
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	15,6%	2,4%	12,1%	10,4%	10,6%	12,5%	52,1%	41,1%	38,4%	44,4%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	6,7%	4,8%	6,1%	4,2%	6,4%	10,7%	4,2%	5,3%	19,2%	23,3%

Font: Registre de naixements i Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Notes: Per als denominadors s'ha utilitzat el padró municipal d'habitants del 1996 per als anys 1996 a 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, una estimació del cens de l'any 2001 per a l'any 2003, i les lectures del padró continu dels anys 2004 i 2005 per a aquests anys. ¹ Les dades a partir de 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), i no de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors. ² Sobre el total de naixements de parts simples. Aquestes dades provenen del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. ³ Dades de la mostra de controls del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB).

Taula 1. (continuació) >

La nostra salut

90

Taula 1. (continuació) Indicadors de salut maternoinfantil. Barcelona, 1996-2005.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005
Adolescents (dones de 15-19 anys)										
Nombre d'embarassos	503	598	596	646	684	726	720	800	764	768
Nombre d'IVE	363	437	457	468	500	536	541	506	534	493
IVE sobre el total d'embarassos	72,5%	73,7%	77,0%	73,9%	74,7%	74,5%	76,5%	63,3%	69,9%	64,2%
Nombre de naixements	138	157	137	168	174	185	169	294	230	275
Naixements sobre el total de naixements	1,2%	1,3%	1,2%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	2,1%	1,6%	1,8%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	3,0	3,4	2,9	3,6	3,7	4,9	4,6	8,7	6,8	8,6
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	29,6
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	11,7	13,9	13,8	15,0	20,3	20,9	21,2	23,5	23,1	24,2
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	40,5
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	8,4	10,1	10,6	10,9	14,9	15,6	15,7	14,9	16,2	15,5
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	31,9
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	8,7%	11,5%	12,4%	11,3%	15,5%	14,1%	37,9%	40,8%	42,2%	44,7%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	7,2%	7,0%	8,8%	4,2%	6,9%	6,5%	7,7%	8,5%	14,3%	20,3%
Dones de 35-49 anys										
Nombre d'embarassos	2.924	3.307	3.366	3.774	4.076	4.868	5.077	4.932	5.649	5.291
Nombre d'IVE	492	592	635	689	701	780	859	762	1.275	833
IVE sobre el total d'embarassos	16,8%	17,9%	18,9%	18,3%	17,2%	16,0%	16,9%	15,5%	22,5%	15,7%
Nombre de naixements	2.432	2.715	2.731	3.085	3.375	4.088	4.218	4.170	4.374	4.458
Naixements sobre el total de naixements	20,4%	22,6%	24,0%	25,9%	26,9%	32,6%	32,5%	29,3%	30,0%	30,3%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	15,3	17,1	17,2	19,5	20,3	24,7	25,5	23,8	25,0	24,6
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	20,3
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	18,4	20,9	21,2	23,8	24,6	29,4	30,7	28,2	32,2	29,2
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	33,8
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	3,1	3,7	4,0	4,3	4,2	4,7	4,2	4,4	7,3	4,6
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	9,2
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	5,3%	5,3%	4,5%	4,8%	5,7%	4,5%	6,9%	7,0%	8,9%	10,7%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	10,4%	9,3%	9,6%	10,0%	11,5%	10,2%	11,1%	8,1%	8,6%	11,6%
Dones de 15-49 anys										
Dones amb visita obstètrica el 1er trimestre d'embaràs ³	96,2%	96,3%	98,3%	98,2%	96,7%	96,6%	98,3%	96,6%	95,9%	97,9%
Dones amb ecografia el 5è-6è mes d'embaràs ³	89,9%	92,1%	92,5%	91,0%	89,4%	93,2%	96,9%	96,8%	98,7%	99,2%
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques ³	5,2	5,6	5,4	5,4	5,3	5,3	5,7	5,5	5,7	5,5
Dones amb proves invasives per fer cariotip ³	25,0%	27,4%	27,7%	30,6%	33,2%	34,3%	30,5%	30,6%	40,9%	32,9%
Dones fumadores durant l'embaràs ³	44,6%	46,2%	39,3%	45,1%	39,4%	28,8%	34,0%	31,5%	31,7%	32,9%
Nascuts i IVE amb defectes congènits majors o múltiples ⁴	1,8%	2,1%	2,1%	2,5%	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%	2,2%	ND

Font: Registre de naixements i Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Notes: Per als denominadors s'ha utilitzat el padró municipal d'habitants del 1996 per als anys 1996 a 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, una estimació del cens de l'any 2001 per a l'any 2003, i les lectures del padró continu dels anys 2004 i 2005 per a aquests anys. ¹ Les dades a partir de 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), i no de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors. ³ Dades de la mostra de controls del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB). ⁴ Dades del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB).

Taula 2. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues segons el sexe. Taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat. Barcelona, 1997-2006.

Homes	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tuberculosi										
TBC no UDI ¹	52,91	48,94	43,59	46,30	46,66	39,24	35,22	31,88	35,42	33,91
TBC UDI (15-49 anys)	26,55	18,80	11,98	10,35	10,62	9,46	7,50	3,76	5,28	3,57
TBC total	66,95	58,72	50,03	51,74	52,25	44,48	39,07	34,02	38,57	36,12
Sida										
Sida heterossexuals (≥15 anys)	10,29	7,45	4,40	3,83	3,47	2,05	3,38	2,31	1,13	3,48
Sida homosexuals (≥15 anys)	12,24	7,38	7,00	5,82	6,54	5,36	5,53	5,83	3,81	6,27
Sida UDI (15-49 anys)	36,33	23,69	15,33	14,20	14,65	11,30	10,55	7,08	6,48	4,50
Sida total	40,48	26,78	19,87	17,65	16,63	12,78	14,93	11,98	9,67	10,88
Usuaris de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	221,88	152,22	102,32	151,27	101,80	97,74	67,27	89,50	56,00	79,53
Cocaïna	95,55	107,75	112,14	196,98	168,04	136,84	135,74	226,74	223,73	197,64
Tots	438,42	347,84	293,35	472,64	380,87	331,71	354,22	434,68	412,04	364,51
Dones										
Tuberculosi										
TBC no UDI	28,36	28,12	21,60	23,67	18,37	19,58	22,52	16,32	19,81	18,15
TBC UDI (15-49 anys)	4,28	6,15	3,09	4,28	3,75	1,99	2,26	1,61	0,50	0,44
TBC total	30,36	30,98	23,04	25,66	20,12	20,50	23,57	17,09	20,13	18,36
Sida										
Sida heterossexuals (≥15 anys)	4,29	2,76	2,54	1,62	2,00	1,66	1,44	2,72	0,94	1,37
Sida UDI (15-49 anys)	12,41	6,24	5,09	5,84	5,30	3,49	2,80	3,85	0,89	0,95
Sida total	10,82	6,23	5,12	4,54	4,25	3,23	2,98	4,80	1,71	2,80
Usuàries de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	63,61	41,42	28,27	41,22	29,14	19,22	15,73	20,30	19,81	17,70
Cocaïna	28,95	34,13	32,36	66,22	53,94	42,72	42,40	64,13	64,16	74,01
Tots	130,73	104,42	81,15	145,38	126,48	99,88	97,60	129,80	126,71	123,78

Font: Registres de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Notes: La població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996. ¹ UDI: Usuari drogues per via intravenosa.

La nostra salut

92

Taula 3. Evolució del nombre de col·lisions, lesionats, morts i urgències de trànsit. Barcelona, 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Col·lisions de trànsit	12.917	11.983	11.434	11.137	10.695	11.199	10.876
Col·lisions de trànsit amb víctimes	11.348	10.755	10.359	10.096	9.745	10.170	9.791
Lesionats i morts per col·lisions de trànsit	14.836	14.386	13.906	13.480	12.911	13.491	12.943
Morts	54	59	35	46	42	49	48
Urgències per col·lisió de trànsit	18.396	17.816	16.375	16.131	15.989	16.717	15.839

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona i DUHAT (Dades d'urgències hospitalàries per accident de trànsit), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 4. Lesionats per col·lisió de trànsit segons el sexe, el grup d'edat i el vehicle. Barcelona, 2006.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camió/bus		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																
<16 anys	65	24,5	15	5,7	52	19,6	16	6,0	8	3,0			109	41,1	265	100,0
16 a 29	691	20,0	1.111	32,2	1.394	40,4	95	2,8	22	0,6	5	0,1	136	3,9	3.454	100,0
30 a 44	623	22,4	1.452	52,2	441	15,9	68	2,4	43	1,5	5	0,2	147	5,3	2.779	100,0
45 a 59	316	31,6	451	45,1	79	7,9	24	2,4	15	1,5	3	0,3	113	11,3	1.001	100,0
60 o més	163	31,8	65	12,7	15	2,9	15	2,9	63	12,3	1	0,2	191	37,2	513	100,0
Total	1.858	23,2	3.094	38,6	1.981	24,7	218	2,7	151	1,9	14	0,2	696	8,7	8.012	100,0
Dones																
<16 anys	75	35,9	9	4,3	19	9,1	3	1,4	10	4,8			93	44,5	209	100,0
16 a 29	496	25,7	386	20,0	808	41,8	51	2,6	21	1,1	4	0,2	165	8,5	1.931	100,0
30 a 44	445	31,6	441	31,3	278	19,7	28	2,0	58	4,1	2	0,1	156	11,1	1.408	100,0
45 a 59	230	36,4	100	15,8	36	5,7	12	1,9	88	13,9	1	0,2	165	26,1	632	100,0
60 o més	149	24,3	11	1,8	5	0,8			163	26,5	4	0,7	282	45,9	614	100,0
Total	1.395	29,1	947	19,8	1.146	23,9	94	2,0	340	7,1	11	0,2	861	18,0	4.794	100,0
Total	3.253	25,4	4.041	31,6	3.127	24,4	312	2,4	491	3,8	25	0,2	1.557	12,2	12.806	100,0

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Taula 5. Evolució del tipus de lesions greus i mortals per accident de treball ocorregudes a la ciutat. Barcelona, 1998-2006.

Lesions greus per accident de treball	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>In itinere</i>	31,0%	33,7%	35,3%	30,2%	30,2%	29,6%	31,3%	34,3%	33,9%
En jornada laboral									
Causa natural	2,4%	4,0%	4,6%	5,7%	5,8%	2,1%	4,3%	1,3%	3,3%
De trànsit	19,5%	13,9%	13,7%	12,5%	12,1%	0,4% ¹	-	5,4%	7,9%
Resta de traumàtics	47,1%	47,6%	46,4%	51,5%	51,8%	67,9% ²	64,4%	59,0%	54,9%
Total nombre de casos	550	624	502	526	463	480	548	478	457
Lesions mortals per accident de treball	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>In itinere</i>	30,0%	29,6%	39,2%	34,5%	35,8%	40,4%	31,7%	40,9%	27,1%
En jornada laboral									
Causa natural	26,7%	25,9%	29,4%	29,1%	26,4%	8,8%	24,4%	11,4%	27,1%
De trànsit	21,7%	20,4%	7,8%	12,7%	22,6%	-	-	20,5%	10,2%
Resta de traumàtics	21,7%	24,1%	23,5%	23,6%	15,1%	50,9% ²	43,9%	27,3%	35,6%
Total nombre de casos	60	54	51	55	53	57	47	44	59

Font: Registre d'accidents de treball, Departament de Treball, Generalitat de Catalunya.

Notes: ¹ L'any 2003 es va produir un canvi en el sistema d'informació de les lesions per accident de treball que no permet identificar els accidents de trànsit d'aquest d'any ni de l'any 2004. Atès que durant el 2003 van coexistir ambdós models, les lesions per accidents de trànsit que es mostren a la taula són les que es van notificar amb l'antic sistema. A partir de 2005 es torna a disposar d'aquesta informació, tot i que la variable analitzada no és la mateixa. ² La categoria «resta de traumàtics» inclou els accidents de trànsit notificats l'any 2003 amb el nou sistema d'informació i tots els de 2004.

Taula 6. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Barcelona, 1996-2005.

Homes	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ²	2004 ²	2005 ²
Taxa bruta x 100.000	1.195,5	1.156,6	1.152,9	1.219,3	1.151,0	1.152,3	1.137,4	1.098,9	1.024,3	1.087,9
Taxa estandarditzada x 100.000 ¹	1.195,5	1.134,5	1.107,9	1.147,1	1.065,9	1.066,2	1.048,5	986,3	945,9	1.005,3
Taxa APVP estandarditzada ¹	7.661,0	6.318,9	5.789,6	6.017,7	5.730,1	5.547,9	5.333,5	4.938,6	4.564,6	4.796,2
Esperança vida total	74,1	75,0	75,2	74,7	76,0	76,2	76,4	76,8	77,5	77,0
Dones										
Taxa bruta x 100.000	982,3	1.017,6	1.029,6	1.075,7	1.045,8	1.052,1	1.050,0	1.046,7	942,2	1.014,5
Taxa estandarditzada x 100.000 ¹	982,3	989,0	970,2	982,5	925,5	931,7	928,0	874,5	816,1	870,3
Taxa APVP estandarditzada ¹	2.732,1	2.743,0	2.593,9	2.425,0	2.355,0	2.629,0	2.624,9	2.196,3	1.949,6	2.072,7
Esperança vida total	82,5	82,3	82,1	82,2	83,3	83,0	83,1	83,5	84,3	83,9

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: APVP: Anys potencials de vida perduts. ¹ La població de referència per a estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de l'any 1996. ² A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

La nostra salut

94

Taula 7. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1996-2005.

Homes	1996	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹
Sida	76,6	23,6	16,1	13,7	16,5	14,4	14,4	8,1	6,7	7,2
Accident de trànsit	15,6	18,0	14,8	19,4	13,6	15,3	16,0	15,4	8,5	11,2
Sobredosi	24,8	17,6	20,4	16,4	13,2	13,7	10,3	11,3	9,2	11,5
Suïcidi	9,9	10,1	10,2	8,6	9,3	10,1	10,7	7,9	11,5	10,2
Totes les causes	219,0	156,8	137,8	144,5	129,8	122,9	119,6	109,5	88,2	95,1
Dones	1996	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹
Sida	17,8	7,4	4,2	3,9	3,5	7,0	5,1	4,2	1,9	2,9
Accident de trànsit	4,4	5,3	2,8	4,0	3,7	5,5	3,7	4,2	2,5	1,8
Sobredosi	5,6	4,9	5,7	3,9	4,3	2,8	2,2	2,9	1,6	3,3
Suïcidi	4,0	2,5	4,3	2,8	3,0	5,1	3,3	4,5	3,4	4,0
Totes les causes	75,1	70,8	63,5	55,3	51,9	66,3	62,0	49,5	38,2	45,6

Taula 8. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1996-2005.

Homes	1996	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹
Càncer de pulmó	126,4	129,6	123,6	139,3	117,6	125,3	110,7	109,6	113,4	126,7
Malaltia isquèmica del cor	101,8	89,3	89,3	106,1	88,2	81,8	82,0	68,5	67,9	68,9
Malaltia cerebrovascular	38,6	37,6	30,0	35,6	42,9	27,1	31,3	22,3	23,3	23,3
Cirrosi	47,5	43,6	30,7	41,6	29,5	22,5	26,9	11,2	23,9	16,6
Totes les causes	846,5	809,3	746,8	798,1	790,7	783,7	728,1	641,2	693,4	728,2
Dones	1996	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹
Càncer de pulmó	8,4	11,5	13,8	15,3	17,2	17,8	23,1	18,6	26,4	26,3
Càncer de mama	45,8	48,0	45,2	52,6	48,7	52,1	49,4	30,5	43,7	39,2
Malaltia isquèmica del cor	17,7	16,2	13,2	9,4	8,4	10,7	12,5	9,8	5,9	12,3
Malaltia cerebrovascular	20,2	16,2	16,3	11,9	19,8	14,9	13,8	9,7	7,5	14,4
Cirrosi	17,7	14,2	15,9	16,0	13,8	7,5	3,6	7,7	7,8	6,5
Totes les causes	294,5	311,4	308,1	299,1	297,8	306,4	321,3	254,5	275,0	280,6

Taula 9. Evolució de la mortalitat en la població de més de 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1996-2005.

Homes	1996	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹
Càncer de pulmó	464,4	419,4	393,2	423,2	393,1	401,0	388,0	380,4	359,3	373,6
Malaltia isquèmica del cor	675,2	681,7	688,5	640,0	550,1	574,4	576,5	530,5	468,0	462,5
Malaltia cerebrovascular	490,3	466,3	427,3	438,1	429,1	409,3	382,9	332,9	327,1	338,0
Cirrosi	105,4	102,1	103,3	92,9	77,5	52,8	53,6	51,1	56,9	47,1
Totes les causes	5.176,9	5.034,9	5.008,4	5.152,7	4.730,1	4.766,6	4.747,0	4.524,2	4.276,7	4.560,8
Dones	1996	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹
Càncer de pulmó	39,0	40,9	45,7	36,6	37,4	41,2	47,9	43,1	49,9	46,2
Càncer de mama	108,7	114,4	102,6	104,0	105,1	96,1	101,7	95,2	88,0	87,4
Malaltia isquèmica del cor	421,2	408,3	418,4	377,4	340,7	334,0	319,3	293,4	259,9	264,1
Malaltia cerebrovascular	499,2	479,0	442,4	462,1	402,9	423,2	389,3	343,3	326,1	315,9
Cirrosi	66,0	70,0	53,7	61,5	49,1	36,7	28,4	24,0	29,9	36,3
Totes les causes	3.654,2	3.671,0	3.599,9	3.681,3	3.454,6	3.446,1	3.423,3	3.278,2	3.037,4	3.253,7

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: La població de referència utilitzada per a estandarditzar les taxes per edat és la del padró municipal d'habitants de l'any 1996. Els denominadors utilitzats han estat el padró municipal d'habitants del 1996 per a l'any 1996, estimacions del padró municipal d'habitants del 1996 i de la lectura del padró continu de l'any 2000 per als anys 1997 a 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per a l'any 2001, estimacions del cens de població del 2001 i de la lectura del padró continu del 2004 per als anys 2002 a 2003, i les lectures del padró continu del 2004 i 2005 per a aquests anys. ¹ A partir de l'any 2000, les causes de mort han estat codificades amb la classificació internacional de malalties, 10a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables. A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

La salut a Barcelona 2006



Si voleu obtenir còpies d'aquest informe o fer-nos arribar comentaris i suggeriments us podeu adreçar a:

Patricia Altimira

Agència de Salut Pública de Barcelona

Pl. Lesseps 1

08023 Barcelona

Tel.: 93-2384545

Fax: 93-2173197

e-mail: paltimir@aspb.es

També es pot descarregar aquest informe de la pàgina web de l'ASPB:
www.aspb.cat



Si voleu citar dades d'aquest informe, us preguem ho feu de la següent manera:

Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2006.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2006.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

ASB Agència
de Salut Pública